

Universidad de Lima  
Facultad de Psicología  
Carrera de Psicología



**EXPERIENCIA DE LOS PSICOTERAPEUTAS QUE  
TRABAJAN CON PACIENTES CON TRASTORNO DE  
PERSONALIDAD LÍMITE**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

**Stefania Antonella Matto Cobeña**

**Código 20170915**

**Asesor**

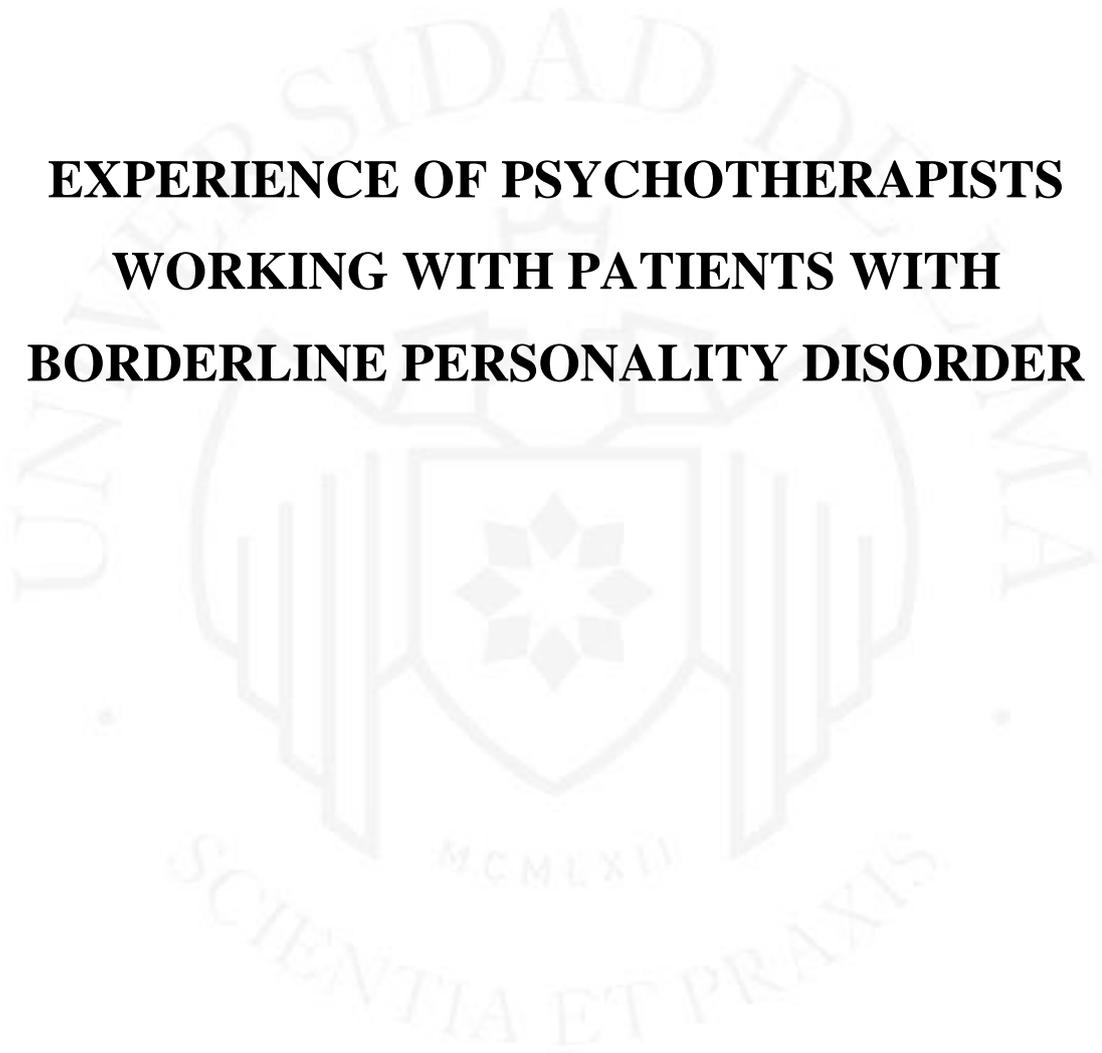
Paola Lindo Barcena

Lima – Perú

Febrero de 2024



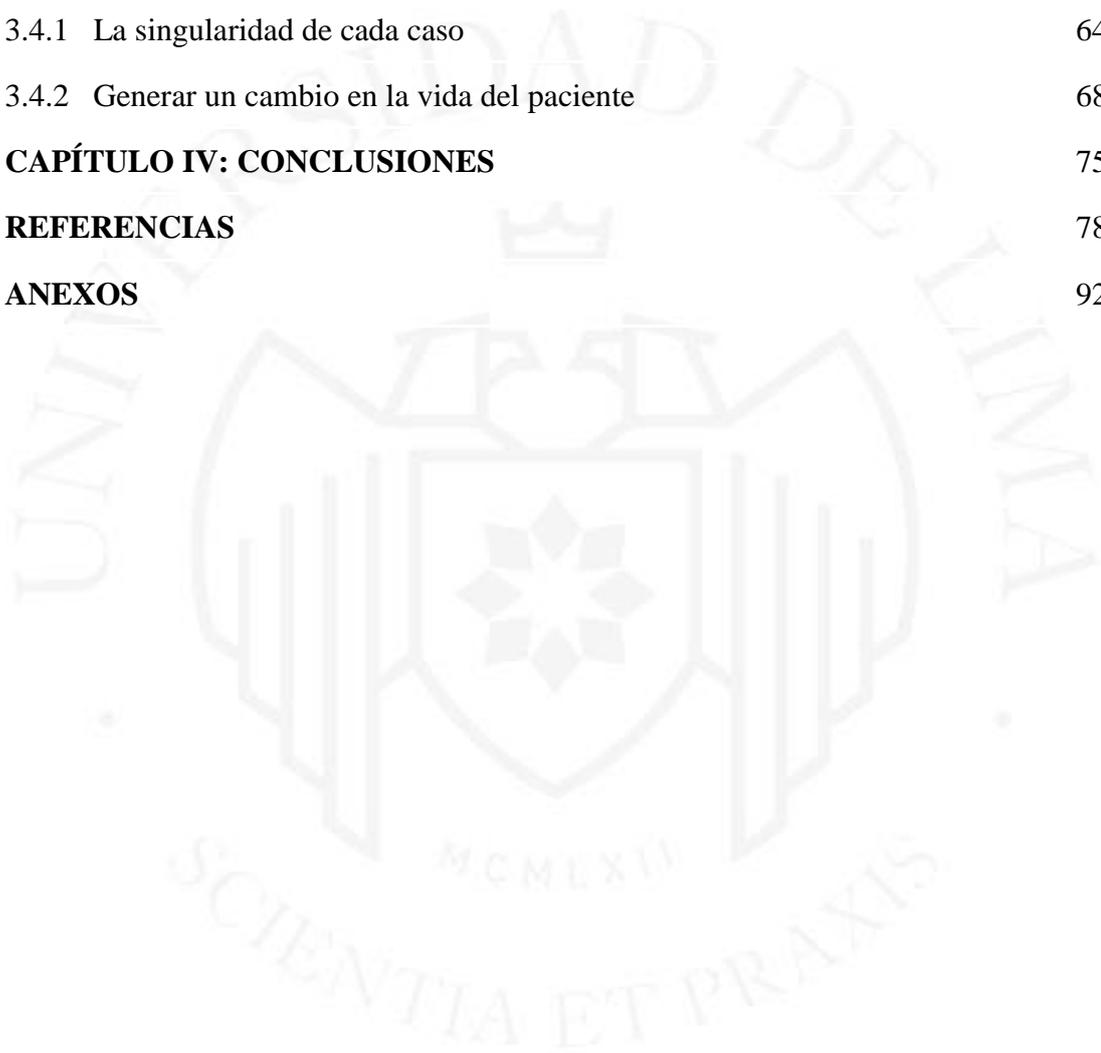
**EXPERIENCE OF PSYCHOTHERAPISTS  
WORKING WITH PATIENTS WITH  
BORDERLINE PERSONALITY DISORDER**



# TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN</b>	ix
<b>ABSTRACT</b>	x
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1 Formulación y justificación del problema	1
1.2 Marco teórico y estado del arte	5
1.2.1 Características del trastorno límite de la personalidad	5
1.2.2 Modelo explicativo del TLP - Modelo biosocial	6
1.2.3 Psicoterapia	8
1.2.4 Relación terapéutica	11
1.2.4.1 Intercambio transaccional	13
1.2.5 Manifestaciones en el terapeuta	14
1.2.6 Afrontamiento del terapeuta	16
1.3 Objetivos	19
<b>CAPÍTULO II: MÉTODO</b>	21
2.1 Tipo y diseño de investigación	21
2.2 Participantes	21
2.3 Técnicas de recolección de datos	23
2.4 Procedimiento de recolección de datos	25
2.5 Estrategia de análisis de información	26
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	28
3.1 Manifestaciones del terapeuta	29
3.1.1 La relación terapéutica desde la perspectiva del psicoterapeuta	30
3.1.2 Experiencias internas y respuestas del terapeuta frente a la intervención	34
3.2 Factores que influyen en el fracaso o éxito de la terapia	39
3.2.1 Factores que conllevan al fracaso de la terapia	40

3.2.2 Factores que conllevan al éxito de la terapia	44
3.3 Estrategias de afrontamiento del terapeuta	49
3.3.1 Aspectos del terapeuta que contribuyen a la terapia	50
3.3.2 La constante formación del terapeuta	55
3.3.3 Autocuidado del terapeuta	59
3.4 El propósito de la terapia	64
3.4.1 La singularidad de cada caso	64
3.4.2 Generar un cambio en la vida del paciente	68
<b>CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES</b>	75
<b>REFERENCIAS</b>	78
<b>ANEXOS</b>	92



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 Datos personales de los participantes	22
Tabla 3.1 Matriz de organización de categorías	28



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1 Red de relaciones

74



## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Ficha de datos	92
Anexo 2: Guía de preguntas de entrevista	93
Anexo 3: Formato de validación entregado a los jueces	95
Anexo 4: Consentimiento informado	101
Anexo 5: Libro de códigos	102
Anexo 6: Definiciones de categorías y subcategorías	111



## RESUMEN

El presente estudio estuvo dirigido a identificar las manifestaciones del psicoterapeuta que surgen en la relación terapéutica; identificar los factores que influyen en el éxito o fracaso de la terapia desde la perspectiva del psicoterapeuta; y describir el afrontamiento de los psicoterapeutas frente a la intervención del TLP que permita una intervención eficaz y genere un cambio significativo. Los participantes fueron 11 psicoterapeutas que tienen 5 o más años de experiencia trabajando con estos pacientes. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y se analizó en base al método de análisis de contenido. Se encontraron cuatro categorías: “Manifestaciones del terapeuta”, “Factores que influyen en el fracaso o éxito de la terapia”, “Estrategias de afrontamiento del terapeuta” y “El propósito de la terapia”. Se destaca que la interacción con el paciente puede desembocar en una variedad de reacciones en el profesional las cuáles deberían ser empleadas como una herramienta en favor de la terapia. Sin embargo, pueden conllevar un malestar significativo por lo que el terapeuta debe tener en cuenta ciertos aspectos que pueden conllevar al éxito o fracaso de la terapia. Asimismo, tiene un conjunto de elementos como la capacidad de análisis, la empatía, la atención plena, la autorrevelación y genuinidad, el autoconocimiento y la experiencia, que contribuyen con su intervención. En adición, los terapeutas confirman la importancia de su perspectiva frente a la terapia y su rol en el cambio del paciente.

**Palabras clave:** Trastorno límite de la personalidad, Manifestaciones del terapeuta, Afrontamiento terapéutico.

## ABSTRACT

The present study aimed to identify the manifestations of the psychotherapist that arise in the therapeutic relationship, identify the factors that influence the success or failure of therapy from the psychotherapist's perspective, and describe the coping strategies of psychotherapists dealing with BPD intervention that allows for effective intervention and generates significant change. The participants were 11 psychotherapists with 5 or more years of experience working with these patients. Semi-structured interviews were used, and the data were analyzed using content analysis. Four categories were identified: "Therapist's Manifestations," "Factors influencing therapy success or failure," "Therapist's coping strategies," and "The purpose of therapy." It is highlighted that the interaction with the patient can lead to a variety of reactions in the professional, which should be employed as a tool in favor of therapy. However, these reactions can also cause significant distress, so the therapist must take into account certain aspects that can contribute to the success or failure of therapy. Additionally, the therapist's intervention is influenced by a set of elements such as analytical ability, empathy, mindfulness, self-disclosure and genuineness, self-awareness, and experience. Furthermore, therapists confirm the importance of their perspective of therapy and their role in the patient's change.

**Key words:** Borderline personality disorder, Therapist Manifestations, Therapeutic coping.

# CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

## 1.1 Formulación y justificación del problema

La atención psicológica puede conllevar a un costo psicoemocional en el psicoterapeuta, especialmente cuando se trabaja con pacientes que tienen un alto nivel de sufrimiento y trauma (Tishby, 2022; Wilson & Lindy, 1994). A lo largo del tiempo se ha planteado el concepto de “pacientes difíciles”. Aunque existe un debate en torno a ello, se ha concertado que son un grupo de personas que requieren de un gran esfuerzo por parte del terapeuta ya que la problemática se encuentra influenciada por múltiples y complejos factores (Koekkoek et al., 2006). Se señala que los trastornos de personalidad (TP) son percibidos como los más difíciles de tratar, ya que están formados por patrones de funcionamiento poco adaptativos, rígidos y resistentes al cambio, que conllevan a un deterioro funcional y malestar subjetivo (Fischer et al., 2019; Koekkoek et al., 2006).

Dentro de este grupo se encuentra el trastorno de personalidad límite (TLP). Se estima que la prevalencia de este trastorno en la población general se encuentra entre el 1.6% y el 5.9%, aunque ello puede variar según los criterios o factores utilizados para el diagnóstico (Zimmerman, 2022). A menudo coexiste con otras afecciones, como trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y los relacionados con el consumo de sustancias. Las personas con TLP suelen manifestar conductas suicidas con frecuencia (entre el 60% y el 70% de los casos), aunque aproximadamente el 10% de estos intentos resulta en el suicidio consumado (Vera-Varela et al., 2019). Por ello, es común que lleguen a terapia después de haber intentado suicidarse o haber realizado otras acciones autolesivas (Gunderson et al., 2018). En el caso del Perú, se han encontrado investigaciones que mencionan la prevalencia y las características de este trastorno. Valdivieso (2020), realizó un estudio sobre la severidad clínica del trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad utilizando una muestra de historias clínicas recopiladas del Hospital Nacional Víctor Larco Herrera entre el 2010 y el 2018. Se encontró que entre el 1 y el 2% de la población manifiesta TLP. Generalmente se presenta en jóvenes menores de 20 años y en su mayoría mujeres. Se identificó un número significativo (33%) de casos de hospitalización en estos pacientes. Se evidencia un patrón predominante de abuso de sustancias. Asimismo, se manifestó la presencia de síntomas disociativos, desinhibición sexual e insomnio. Vigo & Sánchez (2018), hicieron un estudio en una muestra peruana con TLP y encontraron una fuerte presencia de antecedentes de abuso

infantil; en específico por abuso emocional y negligencia física; en menor medida por por abuso físico, por negligencia emocional y por abuso sexual. Estos antecedentes suponen 10 veces más la presencia de intentos de suicidio por parte de esta población.

Para varios autores, el TLP supone una tarea compleja para el terapeuta por la misma sintomatología asociada a este diagnóstico. Algunos terapeutas utilizan el término “pacientes mariposa” para referirse a estos consultantes, porque son especialmente sensibles y reactivos a los cambios de su entorno, y suelen experimentar sus emociones de manera intensa (Linehan, 1993). Por ello, se dice que oscilan con frecuencia dentro y fuera de la mano del terapeuta y parten en el momento más crucial; esto quiere decir que estos pacientes suelen tener participaciones episódicas en la terapia, no responden a las llamadas telefónicas, tienen dificultades para establecer vínculos con los terapeutas y suelen terminar de manera temprana el tratamiento (Dimeff & Linehan, 2008; Salsman, 2020). De acuerdo con la investigación realizada por Feinberg (2020), se observó que las personas que tienen TLP muestran una necesidad de atención, distorsiones en la percepción de la realidad, desafíos en la regulación de las emociones y experimentan un sufrimiento prolongado durante las sesiones de tratamiento. Moreira (2020) destaca los desafíos en la construcción de una alianza terapéutica con estos pacientes, así como la tendencia a recurrir a comportamientos de riesgo como una forma de enfrentar sus problemas. Proctor et al. (2020) resaltan que tanto los consultantes con TLP como sus familiares suelen cambiar de tratamiento ya que no cumplen con sus expectativas de alivio. Los pacientes mencionan que suelen sentirse desestimados e incomprendidos por sus terapeutas; por ello entran a terapia “desesperados” y abandonan la sesión “desesperanzados”. Asimismo, Gagliesi & Argentino (2015) también comentan que este trastorno es multiproblémico, que implica que existe una comorbilidad con otros problemas de salud mental, por lo que es complicado focalizar la terapia y generar un progreso. En adición, Fischer et al. (2019), proponen que existen ciertas experiencias que pueden complicar el abordaje como la presencia de eventos traumáticos, abandono, extrema pobreza o falta de apoyo social.

A partir del intercambio con el paciente, el terapeuta puede desembocar ciertas reacciones como respuesta ante estas conductas y como parte de la relación. Es verdad que deben ser evocadas por el terapeuta con el propósito de moldear la conducta de su paciente, pero pueden generar un malestar significativo e interferir en el proceso de cambio (Mckay et al., 2017; Ortíz & Marín, 2022; Van Dijk, 2013). A nivel emocional,

se identifica ansiedad, miedo, tristeza, irritabilidad, desesperanza y frustración, aunque también alegría y esperanza (Bhola & Mehrota, 2021; Fischer et al., 2019; Nelson, 2020; Putrino et al., 2020; Reilly, 2021). A nivel cognitivo, se manifiesta la percepción de insuficiencia, impotencia, rechazo y culpabilidad (Bhola & Mehrota, 2021; Putrino et al., 2020; Reilly, 2021). En el caso de las manifestaciones conductuales, se ha encontrado respuestas de acercamiento y de evitación (Bhola & Mehrota, 2021; Hayes et al. 1998; Pérez & Borda, 1997; Russell & Victoria, 2022). A nivel fisiológico se observa tensión y contracción muscular, respiración agitada y sensación de cansancio (Fischer et al., 2019; Ollave-Olave, 2022; Putrino et al., 2020).

Dentro de la comunidad de psicoterapeutas se han generado algunos prejuicios y estigma frente al trabajo con estos pacientes, que ha llevado al rechazo y la evitación de estos casos (Gunderson et al., 2018). Gagliesi & Argentino (2015) mencionan que a los pacientes con TLP los ponen en el ranking como los menos deseables de tener en el consultorio. En el contexto de Perú, se ha observado que algunos profesionales de la salud mental expresan opiniones subjetivas y juicios de valor con respecto a las personas con TLP. Por ejemplo, Espinosa-Landaure (2023) realizó un estudio sobre los imaginarios y percepciones frente a este trastorno e incluyó sus observaciones sobre un programa de televisión nacional en el cuál se entrevistó a un psicoterapeuta y un psiquiatra sobre este tema. Las características que resaltan sobre el TLP con más frecuencia son “dramático”, “manipuladora”, “inestable” e “inconstante”. Sin embargo, muchas veces estas perspectivas son generalizadas por los terapeutas que no trabajan directamente con estos consultantes. Se ha demostrado la existencia de estrategias terapéuticas eficaces para estos casos así como los beneficios de trabajar desde la relación terapéutica para maximizar las habilidades del terapeuta y del paciente (Byrne & Egan, 2018; Linehan, 1993).

Las investigaciones relacionadas a el TLP generalmente apuntan a entender el trastorno en sí o se enfocan en las características y conductas que presentan los pacientes. Asimismo, existen investigaciones que exploran las reacciones o manifestaciones de los terapeutas frente a la relación con pacientes difíciles. Sin embargo, existe un vacío en cuanto a la experiencia completa del terapeuta frente al trabajo con consultantes con TLP, específicamente de qué manera lo perciben y cómo lo afrontan. Implica obtener información sobre la naturaleza de cada manifestación, su ocurrencia a lo largo del tratamiento, sus desencadenantes y las consecuencias asociadas; así como de los

elementos que contribuyen a la terapia y las estrategias desarrolladas por el terapeuta para un abordaje más efectivo. Este vacío destaca la necesidad de investigaciones más precisas que se adentren en el proceso. Por ello, se selecciona una metodología cualitativa ya que se busca ahondar en toda la experiencia del terapeuta generando una recopilación de los componentes involucrados en este trabajo.

En cuanto a la relevancia teórica de este trabajo, a partir de esta investigación se podrá comprender a detalle las respuestas de los terapeutas que trabajan con pacientes de este tipo. Además, facilitará el reconocimiento de diversos elementos, tanto del paciente como del terapeuta o factores externos, que influyen en el proceso terapéutico. En la medida que estos aspectos logren conocerse, se podrá entender cómo contribuyen con la aparición de estas manifestaciones y de qué manera pueden facilitar u obstaculizar la terapia. La investigación de Chapman (2019) sobre el desarrollo del TLP y los tratamientos asociados resalta la importancia de identificar, desde la perspectiva del terapeuta, los factores que influyen en el éxito o fracaso del proceso terapéutico, incluyendo al terapeuta mismo, al paciente, a la terapia y al contexto.

Con respecto a la relevancia práctica de esta investigación, el conocer estas respuestas del terapeuta y aspectos sobre la terapia, propiciará la autoevaluación del profesional sobre las reacciones del paciente que pueden desencadenar emociones, influir en la conducta o generar un malestar. Algunas investigaciones, como la de Bhole & Mehrota (2021) y Fischer et al. (2019), resaltan la necesidad de realizar estudios adicionales que exploren la experiencia del terapeuta, fomentando la reflexión sobre las reacciones surgidas durante las sesiones, es decir, comprender qué comportamientos del paciente desencadenan el malestar terapéutico. También busca resaltar la importancia de conocer estrategias para realizar una mejor intervención y contrarrestar los efectos que supone este trabajo. Supone reconocer y detallar qué conocimientos, capacidades, habilidades o herramientas son beneficiosas que el terapeuta tenga o desarrolle. Además, implica la promoción del autocuidado del psicólogo al conocer qué estrategias personales son beneficiosas para reducir el estrés. Otros estudios resaltan la importancia de recopilar y profundizar en las estrategias de afrontamiento del terapeuta para gestionar sus propias reacciones, reducir el malestar que puede surgir durante la terapia y responder eficazmente a las necesidades de los pacientes (Heinonen & Nissen-Lie, 2019; Russell & Victoria, 2022).

En base a lo expuesto, se plantea la siguiente pregunta: *¿De qué manera los psicoterapeutas perciben y afrontan el trabajo terapéutico con pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad?*

## **1.2 Marco teórico y estado del arte**

### **1.2.1 Características del trastorno de personalidad límite (TLP)**

En términos generales, el TLP se caracteriza por un patrón de inestabilidad en varios aspectos de la vida, incluyendo el estado de ánimo, las relaciones interpersonales y la vivencia de la propia imagen (Font, 2019). Existe una marcada predisposición a actuar de manera impulsiva y con una ira inapropiada al experimentar un conjunto de emociones intensas y poco satisfactorias que consideran difíciles de manejar o comprender en su contexto (Font, 2019; Linehan, 2003). Tienen una notable alteración de su identidad, lo que repercute en la autovalía y en la autoeficacia para lograr objetivos vitales; lo cual conlleva a una sensación de vacío y desesperanza ante la vida. Los actos impulsivos y coléricos pueden conducir a una gran frustración que se manifiesta en comportamientos autolesivos e intentos de suicidio. Asimismo, es muy común que se presenten otras conductas problema como alteraciones en la conducta alimentaria, relaciones intensas e inestables, comportamiento amenazante, abuso de sustancias psicoactivas e ideación paranoide (Fernández, 2007).

Generalmente estos pacientes presentan un estilo de apego desorganizado, en el cual los cuidadores generan mucha inseguridad, estrés y ambigüedad en el niño (Ehrental, et al., 2018). A partir de estos conflictos, la persona tendrá problemas para regular sus emociones y conductas ante situaciones difíciles. Asimismo, al establecer nuevas relaciones en la adultez, oscilarán entre el anhelo y el miedo, demandando conexión y a la vez mostrando distanciamiento (Johnson, 2019). Estos patrones de apego se reproducirán en contextos sociales, por ejemplo, en la relación terapéutica. Durante las sesiones estos pacientes pueden concebir al terapeuta como una figura de apego. Ello puede contribuir a la exploración y reflexión de las experiencias del paciente; sin embargo, pueden mostrarse demandantes de afecto, comprensión, aceptación, seguridad y protección (Benlloch, 2020).

Por otro lado, las personas diagnosticadas con TLP tienen tres veces más probabilidades de haber experimentado un evento traumático (Krause-Utz, 2021; Price et al., 2019). Morales (2018) menciona que es común que estos se den en los primeros años de vida o en la infancia temprana; suelen relacionarse con situaciones de abuso, maltrato

o negligencia, pero también se debe al fallo de los padres al responder a las necesidades afectivas del infante. Dentro del contexto peruano, se ha encontrado información similar; existe una fuerte relación entre la experiencia de un evento traumático en la infancia y el desarrollo de futuras conductas suicidas (Vigo-Novoa, 2019). En el marco de la misma investigación, se llevó a cabo un análisis para determinar cuáles experiencias traumáticas estaban más vinculadas al trastorno de personalidad límite (TLP). En este análisis, se encontró que de los cinco tipos de maltrato considerados, el abuso emocional y la negligencia física presentaron los valores más altos, seguidos por el abuso físico, el abuso sexual y la negligencia emocional. El trabajo con pacientes que han experimentado trauma prolongado es complejo ya que implica un impacto significativo en un amplio rango de reacciones emocionales. Generalmente viene acompañado de un patrón de aislamiento, rumiación, inestabilidad emocional y hostilidad (Ford & Courtois, 2021). Asimismo, es común la presencia de disociación que impide que el paciente se conecte con la intervención (Harned, 2016). Esta sintomatología supone una barrera para la formación de la alianza ya que la exposición a recuerdos traumáticos durante las sesiones puede dañar la relación terapéutica y aumentar la deserción de la terapia (Howard et al., 2021).

Los pacientes TLP suelen manifestar conductas autolesivas o intentos de suicidio. Aproximadamente entre el 40 y 85% de los individuos TLP intentan suicidarse; la tasa de suicidio consumado se encuentra entre el 5 y 10%, siendo 50 veces mayor que para otros trastornos. La presencia de otro diagnóstico en comorbilidad, como el trastorno depresivo mayor o por abuso de sustancias, incrementa el riesgo de suicidio (Alberdi, 2020; Asociación Americana de Psiquiatría, 2001; Ford & Courtois, 2021). El riesgo suicida debe ser valorado de manera cuidadosa y documentada detalladamente en la historia clínica, así como debe ser abordado en la terapia (Vera-Varela et al., 2019). Sin embargo, dichas conductas se presentan como una problemática y desafío para muchos profesionales. Esto se debe al componente de desesperanza relacionado que dificulta conectar al paciente con los objetivos terapéuticos (Burbridge-James, 2019).

### **1.2.2 Modelo explicativo del TLP - Modelo biosocial**

Desde la dialéctica conductual, Linehan (1993) explica cómo se desarrolla el TLP a partir del modelo biosocial. En primer lugar, se plantea que estas personas presentan una **vulnerabilidad emocional**. Hace referencia a una disfunción del sistema de regulación de las emociones, resultado de las anomalías biológicas como factores genéticos,

intrauterinos y efectos de las experiencias de aprendizaje temprano. Asimismo, se ven involucradas situaciones de estrés en la infancia, por ejemplo la violencia física y psicológica, las separaciones o pérdidas a temprana edad, el abandono o el cuidado excesivo, bullying, eventos traumáticos, y la permanencia inestable en hogares o instituciones educativas. Esta vulnerabilidad emocional se caracteriza por una marcada sensibilidad a los estímulos, lo que significa que la persona reacciona de manera rápida, ya que tiene un bajo umbral de control emocional; esto implica que no se requiere un estímulo muy fuerte para desencadenar una reacción. Asimismo, se caracteriza por una alta intensidad emocional, lo que significa que las experiencias se experimentan de forma extremadamente profunda y dolorosa. Además, se observa un retorno lento al estado emocional de base, lo que implica que estas emociones tienden a perdurar, y existe una mayor probabilidad de que se vuelvan a activar debido a que la cognición se ve influenciada por el recuerdo y las interpretaciones del evento.

En segundo lugar, Linehan (1993) postula que estos individuos han crecido en un **ambiente invalidante**. El ajuste del niño en su entorno depende de la coherencia entre las propiedades del entorno, sus expectativas y demandas, y las capacidades, características y estilo de comportamiento propio. Sin embargo, un entorno de invalidación es aquel en el cual la comunicación o expresión de las experiencias internas es invalidada y obtiene respuestas erráticas, inapropiadas y extremas, como el castigo o la trivialización. La invalidación implica que se le diga a la persona que está equivocada con respecto a la descripción y análisis de sus experiencias emocionales, creencias y acciones. Asimismo, se le atribuye a estas vivencias como inaceptables socialmente. Como consecuencia, el individuo no aprenderá a etiquetar y modular sus experiencias, no podrá tolerar la angustia ni formar metas y experiencias realistas, oscila entre la inhibición y la excitación emocional, así como se le dificulta confiar en sus propias respuestas emocionales o cognitivas y, por el contrario, invalidará sus propias experiencias.

Mediante la interacción entre la vulnerabilidad emocional y un entorno que invalida, Linehan (1993) sugiere que el individuo presenta una **desregulación emocional** (DRE). Esto implica que enfrenta dificultades, incluso cuando se esfuerza al máximo, para regular de manera adaptativa las señales emocionales, creencias, acciones y respuestas, que a menudo se manifiestan de manera inadaptada. Se presenta una inestabilidad afectiva, con emociones cambiantes e intensas; a nivel interpersonal, se

manifiesta un patrón de relaciones interpersonales disfuncionales; se muestra una alteración e invalidación de la identidad o self, en función al entorno y no a la propia identidad; se presentan pensamientos poco realistas y sesgados por la intensidad de las emociones; y demuestra una inestabilidad conductual caracterizada por la impulsividad y conductas autolesivas y/o suicidas.

### **1.2.3 Psicoterapia**

La psicoterapia se define como una intervención psicológica en la que un terapeuta emplea técnicas y enfoques para asistir a sus pacientes en la búsqueda de soluciones a sus dificultades. Durante este proceso, se desarrolla una relación caracterizada por la colaboración y la exploración de nuevas perspectivas para comprender y afrontar la realidad de manera más eficaz. (Pérez et al., 2018). Supone la conversación y colaboración por parte de dos agentes, terapeuta y paciente; aunque tienen tareas distintas, ambos son igual de importantes para lograr los objetivos. La psicoterapia es de naturaleza compleja por el hecho que las personas somos totalmente distintas e impredecibles. Por ello, ser un profesional psicoterapeuta implica ética y responsabilidad, formación y capacitación constante, conocimiento de la teoría, experiencia clínica y, especialmente, flexibilidad (Gimeno & Mateu, 2020).

Hay diversas corrientes psicoterapéuticas que se distinguen por sus supuestos, áreas de enfoque, metas y métodos de intervención. En el contexto del TLP, las terapias más eficaces y respaldadas con mayor validez son la terapia basada en la mentalización, la terapia basada en la transferencia, la terapia de esquemas y la terapia dialéctica conductual (DBT). En este caso, se ha optado por utilizar la DBT debido a la sólida base científica que respalda su eficacia en el tratamiento de este grupo de pacientes (Sociedad Clínica de Psicología, 2016).

Se trata de una forma de terapia conductual-contextual desarrollada por Marsha Linehan. Surgió como una respuesta a los desafíos encontrados en el establecimiento de una alianza terapéutica con pacientes que tienen TLP y por la falta de eficacia en los tratamientos anteriores. Esta terapia se fundamenta en la integración de diversas perspectivas filosóficas y terapéuticas (Linehan et al., 2006). Entre ellos se incluye la filosofía dialéctica que expone el equilibrio entre los opuestos aparentes. Dentro de esta teoría, la realidad consiste en la existencia de fuerzas polares que se encuentran en tensión; estas fuerzas se muestran incompletas en sí mismas y buscan hacer síntesis para

generar una nueva dialéctica (Gagliesi & Argentino, 2015). Esta perspectiva se basa en tres principios fundamentales. El primero se refiere a la interconexión y totalidad, lo que significa que la realidad se ve como un sistema compuesto de partes que funcionan como un conjunto. Esto implica que el comportamiento de una persona no puede entenderse de manera aislada, sino que debe analizarse en el contexto del entorno complejo que lo rodea. El segundo principio, el de polaridad, sugiere que la realidad está formada por fuerzas opuestas cuya integración conduce a la formación de nuevas fuerzas. Las personas con TLP o DRE experimentan una amplia gama de emociones, pensamientos y comportamientos, a menudo quedando atrapadas en extremos opuestos o polaridades sin lograr una síntesis. El tercer principio, el de cambio constante, señala que tanto el individuo como su entorno están en un estado de transición constante como resultado del equilibrio en evolución de estas fuerzas. La principal dialéctica en DBT radica en la tensión entre la aceptación y el cambio (Teti et al., 2015). Esta terapia también tiene sus bases en el Budismo Zen. Esta filosofía introduce el concepto de “mente de principiante” que implica observar las experiencias sin juicio y con mente abierta, lo que es fundamental en la práctica de mindfulness o atención plena (Linehan et al., 2006). Asimismo, se basa en el contextualismo funcional, una teoría que propone que los eventos privados y las acciones provienen de interacciones sociales que se han dado a lo largo de la historia del individuo así como en el contexto actual (Hayes, 1993). Además, en la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), se emplea la validación como una herramienta terapéutica esencial. Esto involucra comunicar que las emociones, pensamientos y conductas del paciente tienen sentido y pueden entenderse al considerar el contexto histórico y actual. El terapeuta muestra aceptación y comunica esta aceptación al paciente, con el objetivo de fomentar la autovalidación por parte del paciente. Marsha Linehan identifica 6 niveles de validación, que incluyen prestar atención, reflejar con precisión, expresar emociones, pensamientos y comportamientos no verbalizados, validar en función de la historia del paciente, validar en función del contexto actual y promover la autenticidad radical (Teti et al., 2015).

Esta terapia presenta distintas modalidades las cuales son el tratamiento individual, el adiestramiento en habilidades y las consultas por teléfono y la consultoría, la cual va dirigida directamente al terapeuta y que se da a través del equipo DBT (Albarrán et al., 2020). Asimismo, la terapia se divide en 4 módulos de intervención diseñados para que los consultantes puedan desarrollar habilidades y manejar

eficazmente sus emociones y comportamientos. Uno de estos enfoques es el de Mindfulness, que se centra en cultivar la habilidad de estar plenamente presente en el momento actual sin emitir juicios, y en aumentar la conciencia de las emociones, cogniciones y sensaciones físicas, así como comprender cómo influyen en las conductas actuales. Otro módulo es el de Regulación Emocional, el cuál se centra en enseñar estrategias para identificar, comprender y regular las emociones intensas y la desregulación de las mismas. En el módulo de Tolerancia al Malestar se enseñan habilidades para sobrellevar las situaciones difíciles sin reaccionar de manera impulsiva o con conductas autodestructivas. Y el módulo de Habilidades Interpersonales Efectivas se enfoca en mejorar las habilidades de comunicación y de relaciones interpersonales. Permite que los consultantes aprendan a establecer límites saludables, expresar necesidades y resolver conflictos (Linehan, 2015). Además, el proceso terapéutico comienza con una fase de pretratamiento, en la cual el terapeuta y el paciente acuerdan los objetivos y el enfoque de la intervención, estableciendo un compromiso mutuo. Le siguen 4 etapas: la primera se enfoca en la reducción de comportamientos suicidas, conductas que interfieren con la terapia, y conductas que afectan la calidad de vida, al mismo tiempo que se busca el desarrollo de habilidades conductuales; la segunda etapa tiene como objetivo la disminución de conductas relacionadas con el estrés postraumático; la tercera etapa se concentra en el fortalecimiento del autorespeto y en el logro de metas personales; y finalmente, la cuarta etapa se centra en la autorrealización y el crecimiento personal (Teti et al., 2015).

El trabajar en esta terapia implica pertenecer a un equipo de DBT, el cuál tiene como principal objetivo propiciar la adherencia al modelo terapéutico a través de la relevación, discusión y abordaje de los síntomas de agotamiento y malestar del terapeuta (Allgood, 2022). Cumple con 2 funciones. En el primer caso, el equipo trabaja para maximizar la motivación y potenciar la disposición de los terapeutas. El equipo es como un “refugio seguro”, donde los miembros pueden sentirse cómodos, demostrar su vulnerabilidad, compartir experiencias y recibir apoyo. También implica equilibrar las necesidades del cliente con los límites del terapeuta para prevenir el agotamiento. Guía al terapeuta configurando el entorno de manera que cada miembro se oriente a acciones más efectivas y reciba refuerzos para abordar una intervención difícil; ello incluye notar cuando uno de los terapeutas se involucra mucho con el paciente, se manifiesta evitativo o muestran emociones intensas que interfieren con el tratamiento. En segundo lugar, el

equipo también busca aumentar la capacidad de los miembros, que implica potenciar las habilidades con las que se ofrece el tratamiento global. Incluye la supervisión continua para asegurarse que están aplicando los protocolos y estrategias de manera efectiva y precisa. El equipo trabaja directamente en las sesiones de consultoría. Estas son reuniones del equipo terapéutico las cuáles tienen el objetivo de revelar, discutir y abordar síntomas de agotamiento y malestar del terapeuta. (Sayrs & Linehan, 2019).

Se menciona que esta terapia es la que mejores resultados obtiene para el tratamiento de estos pacientes, tanto en la severidad de la sintomatología como en los aspectos secundarios relacionados (Linehan et al., 2006). A partir de su primera investigación con mujeres que habían realizado intentos de suicidio, Linehan ha llevado a cabo un total de 20 estudios controlados y aleatorizados (RCT) en 14 centros diferentes. Estos estudios han confirmado la eficacia de su enfoque terapéutico en el tratamiento de diversas problemáticas conductuales, destacando su efectividad en la reducción de intentos de suicidio, autolesiones, abuso de sustancias, bulimia y depresión. McKay et al. (2017) concuerda que esta terapia ha demostrado su efectividad en la disminución de las conductas impulsivas del TLP, especialmente en lo que respecta a autolesión e ideación suicida. En adición, Cano (2021), concluyó en su artículo de investigación que la DBT ha demostrado su eficacia en el manejo de personas que presenten TLP al propiciar la adquisición de habilidades específicas para que puedan redirigir pensamientos y calmar emociones intensas. En el caso del Perú, Drago-Villarán (2020) obtuvo resultados que demuestran que la terapia DBT conlleva a la disminución de conductas que atentan contra la vida de los consultantes, en específico lo que respecta a los impulsos suicidas, de auto daño y autolesivos en un plazo de un mes de tratamiento, que se supone es lo más esperado dentro de la jerarquía de los objetivos de la terapia.

#### **1.2.4 Relación terapéutica**

Esta se identifica como la diada psicólogo-paciente, la cual es un predictor del desarrollo de los resultados terapéuticos (Moreira, 2020). Esta relación debe entenderse como una interacción dinámica y recíproca. Mientras el terapeuta aporta sus conocimientos y habilidades, el paciente llega con sus propias características, valores, preferencias y una historia personal. Ambos elementos se complementan mutuamente, y sólo a través de un trabajo colaborativo es posible alcanzar el éxito en la terapia. Además, esta relación

facilita el establecimiento de una alianza terapéutica, que se basa en la confianza, la confidencialidad, el respeto y la aceptación mutua (Gimeno & Mateu, 2020).

Desde las perspectivas de diferentes terapias la relación terapéutica es un componente importante y que tiene una fuerte influencia en el actuar del terapeuta y en el éxito de la terapia. Por ejemplo, desde el psicoanálisis, la relación es el marco fundamental por el cuál el paciente logra reflexionar sobre los contenidos inconscientes que condicionan sus cogniciones, emociones y conductas. Se propone analizar la relación en base a conceptos como la transferencia, que hace referencia a los contenidos que el paciente deposita en el terapeuta, y la contratransferencia, que se relaciona con las respuestas inconscientes del terapeuta ante la transferencia (Laguna et al., 2019). En el caso de la TCC, esta relación se centra en propiciar el trabajo activo y colaborativo entre ambas partes, quienes van cambiando las ideas centrales del problema actual. Asimismo, se considera importante construir un entorno de seguridad y confianza con la finalidad de que el cliente pueda aprender e incorporar las técnicas trabajadas (Beck, 2005). En el caso de las terapias humanistas se basan en la creencia de que el crecimiento y la curación ocurren a través de una relación auténtica, cálida y empática entre el terapeuta y el cliente. El terapeuta brinda un ambiente seguro y facilitador para que el cliente explore sus sentimientos, pensamientos y experiencias. Se resalta la relevancia de que el terapeuta brinde una aceptación sin condiciones. (Krug, 2019). Finalmente, las terapias conductuales-contextuales proponen que el espacio de terapia es un contexto en sí mismo. El psicólogo tiene un rol importante en el cambio del paciente ya que, a través de distintas estrategias de exposición, va promoviendo un moldeamiento en la conducta; sin embargo, este rol no es determinante ya que el terapeuta se mueve bajo la experiencia del paciente y los aspectos que este considere relevante (Wilson & Luciano, 2002). Por ello se considera importante trabajar en esta relación terapeuta-paciente, que finalmente es una herramienta per se (Hayes et al., 2015; Kohlenberg & Tsai, 2007; Linehan, 1993).

Diversas investigaciones han confirmado que la relación terapéutica desempeña un papel fundamental en la atención de personas con TLP. Por ejemplo, Shearin & Linehan (1994) demostraron que al utilizar estrategias que fomentaban una relación terapéutica favorable estaban asociadas con una disminución del comportamiento suicida en mujeres con TLP. En el estudio de Bedics et al. (2015), también se observó una conexión entre la evaluación de la relación terapéutica por parte del paciente y la disminución de comportamientos autolesivos. Carson-Wong et al. (2018) investigaron

sobre un aspecto subyacente en la relación terapéutica, la validación, y encontraron que esta propicia la reducción de la intensidad de las emociones. Por ello, Morera-Balaguer et al. (2019) proponen que es importante identificar rasgos, características y comportamientos específicos relacionados al psicoterapeuta, el paciente y el entorno que podrían obstaculizar o favorecer el establecimiento de relaciones terapéuticas. Los participantes de su investigación resaltan que las habilidades relacionales del terapeuta son las que conducen a una mayor adherencia a la terapia. Asimismo Proctor et al. (2020) establecen que una adecuada relación terapéutica con los consultantes TLP implica que los profesionales de la salud sepan escuchar las experiencias y tomar con seriedad sus sentimientos, al mismo tiempo que deben ser respetuosos, atentos, compasivos, consistentes, confiables y no juzgadores. En su investigación, los participantes demuestran el impacto positivo del psicólogo cuando escucha y hace el esfuerzo de comprender la experiencia del entrevistado.

#### **1.2.4.1 Intercambio transaccional**

Desde la perspectiva conductual-contextual, esto se puede explicar por un proceso en el cual, a partir del intercambio verbal o no verbal entre dos personas, se genera una influencia en los estados internos y conductas de cada uno (Linehan, 1993). Generalmente las transacciones son utilizadas por el terapeuta para generar un impacto significativo en la relación con su paciente y en la efectividad del tratamiento. Una transacción satisfactoria puede fomentar la confianza y la colaboración, lo que a su vez facilita el proceso de cambio. Por el contrario, el paciente podría sentirse frustrado o rechazado por el terapeuta lo que dificultará el progreso. Pero además de ello, las transacciones pueden tener repercusiones en el propio terapeuta. Puede sentirse frustrado, rechazado o incluso defensivo, lo que puede afectar su capacidad para mantener una perspectiva objetiva y ayudar al paciente. Por otro lado, una respuesta positiva del paciente puede generar satisfacción y un aumento de confianza en las habilidades terapéuticas del terapeuta, pero a su vez, también puede reforzar comportamientos poco funcionales en el paciente (Linehan, 1993; McKay et al., 2017; Van Dijk, 2013).

Lo ideal es que el terapeuta esté dispuesto a analizar y emplear estas respuestas como una herramienta para interpretar y reforzar la conducta del consultante que faciliten el cambio (Ortíz & Marín, 2022; Ruiz & Ruiz, 2018). Supone un nivel mayor de introspección y conciencia de las emociones, pensamientos o sensaciones que aparecen en la sesión como producto de la transacción, para reconocer su impacto en el proceso

(Barzilay et al., 2018). El desafío para los terapeutas es utilizar este fenómeno de manera eficaz, no ignorar o suprimir estas respuestas, pero tampoco verse inmersas en ellas. Además, puede ofrecer pistas para profundizar en la comprensión de los patrones de interacción del cliente. Sin embargo, en el caso de pacientes muy complicados de tratar, como los que tienen TLP, es inevitable que genere un impacto en el profesional a nivel emocional, cognitivo, fisiológico y conductual (Putrino et al., 2020).

### **1.2.5 Manifestaciones en el terapeuta**

Estas se refieren a las respuestas internas y externas del terapeuta frente a la conducta del paciente. Pérez & Borda (1997) proponen un triple sistema de respuestas el cuál se divide en respuestas motoras, todo lo que el individuo hace a partir de conductas observables; cognitivas, que se refiere a los pensamientos y las emociones, las cuáles son respuestas internas y más difícil de detectar; y las fisiológicas, que se relacionan a las respuestas del organismo o sensaciones físicas, que también se clasifican como manifestaciones internas. En el caso de esta investigación, se consideró relevante separar el componente cognitivo y emocional en distintos grupos ya que se encontraron características distintas.

Con respecto a las emociones, Reilly (2021) identificó, dentro de un grupo de terapeutas, que la frustración y el enojo fueron las emociones que se experimentaban comúnmente, seguidas de la ansiedad y el miedo. La frustración y el enojo estaban relacionado con la lenta o nula progresión de los clientes, como respuesta a los ataques verbales de los clientes y/o al comportamiento autolesivo y suicida. El miedo y la ansiedad estaban asociados con el caos que percibían en la vida de sus consultantes, como una respuesta a la desregulación emocional y por la complejidad del caso. También se manifestaron otras emociones como la tristeza, por las experiencias tempranas de trauma; la desconexión, en relación a la disociación de los mismos consultantes; y la desesperanza o desesperación asociado con la ideación suicida crónica y los comportamientos autolesivos. Otras investigaciones, como la de Nelson (2020) y Putrino et al. (2020) destacan que sus participantes experimentan emociones parecidas a las anteriormente mencionadas como ansiedad, miedo, tristeza, irritabilidad, frustración, desesperanza, ira o rechazo. Asimismo, Putrino et al. (2020), encontraron que el 68% de los terapeutas manifestaron mucha sensibilidad al terminar las sesiones y tener una carga emocional. Por otro lado, la investigación de Bhola & Mehrota (2021) encontró evidencia que las reacciones positivas y satisfactorias eran las más respaldadas por los terapeutas. Esto se debe a que se presenta una sensación de positividad y compromiso con el trabajo, así

como gratificación al poder ayudar al consultante. Asimismo, los entrevistados manifiestan sentimientos de calidez y cariño frente al paciente, así como cólera como un deseo de compensar las experiencias negativas.

En el caso de las reacciones a nivel cognitivo, Putrino et al. (2020) encontraron que de su muestra de 43 psicólogos clínicos que trabajaban con estos pacientes, la mayoría presentó sentimientos de intolerancia, abrumación e inutilidad. Estos autores mencionan que muchos de los terapeutas se perciben insuficientes e impotentes, como si no estuviesen realizando bien su trabajo. Algunos observan que sus pacientes los hacían responsables de lo que les sucedía o que tenían pocas habilidades para generar un cambio por la repetición de los comportamientos desadaptativos y por la poca capacidad de introspección. Por ello, elaboran cogniciones de mucho rechazo hacia sí mismos y se autocriticaban. Reilly (2021) destacó que los terapeutas de su muestra suelen tener pensamientos de que nada lo que están haciendo tiene un impacto en el comportamiento de sus clientes. Otro autor propone que los terapeutas creen una perspectiva de “salvavidas” en las que tienen que rescatar a sus pacientes y protegerlos de sus entornos caóticos, que implica un mayor grado de involucramiento con el consultante pero, a la vez, que se pierda la objetividad (Bhola & Mehrota, 2021).

En relación a las conductas del terapeuta, como respuesta al comportamiento del paciente, se ha encontrado que existen conductas que están encaminadas a la evitación del malestar como por ejemplo negar o minimizar las emociones, evadir las propias experiencias, distanciarse de los clientes o poner fin a la interacción (Bhola & Mehrota, 2021; Pérez & Borda, 1997; Russell & Victoria, 2022). Hayes et al. (1998) condujeron un estudio cualitativo en el que se analizó 128 entrevistas de sesiones de 8 terapeutas. En concordancia con los anteriores autores, en esta investigación se encontró que una de las respuestas más comunes de los terapeutas es la evitación del malestar provocado por algunas conductas del paciente. Sin embargo, se identificó otro tipo de respuesta, también común en este grupo, que se caracteriza por el acercamiento y la búsqueda de protección al paciente.

Se han identificado algunas de las repercusiones a nivel fisiológico. En la investigación de Putrino et al. (2020), los psicoterapeutas entrevistados percibieron diferentes reacciones corporales durante el tratamiento de los pacientes con TLP; por ejemplo, el que se reportó en la mayoría de los casos fue inflexible tensión muscular y agotamiento; en menor medida se manifestó un aumento de la frecuencia cardíaca y dolor

de cabeza. En otras investigaciones se destaca que los terapeutas perciben sensaciones parecidas como por ejemplo tensión, cansancio, incremento de la frecuencia cardíaca y cefaleas. Pero también rescatan otras como insomnio, contracción muscular, aburrimiento y dolores estomacales; generalmente como respuesta al miedo y la ansiedad. Asimismo, se puede manifestar aburrimiento o sensación de hambre (Fischer et al., 2019; Ovalle-Olave, 2022).

Finalmente, es importante mencionar que estas manifestaciones no solo se remiten al mismo espacio terapéutico. Puede conllevar a un aislamiento o distanciamiento social, deterioro de las relaciones interpersonales, cambios en los horarios de sueño y un mayor estado de alerta (Velasco-Rodríguez, 2022).

### **1.2.6 Afrontamiento del terapeuta**

Cuando se habla del afrontamiento en el contexto de los psicoterapeutas, se hace referencia a todas las estrategias utilizadas para llevar a cabo el proceso terapéutico y que afectan el éxito de la terapia, incluso en situaciones difíciles. Este afrontamiento implica que el terapeuta debe contar con un conjunto de conocimientos, habilidades y recursos personales que le permitan comprender y abordar los problemas del paciente, así como gestionar sus propias reacciones ante situaciones que puedan generar malestar (Russell & Victoria, 2022). Por ejemplo, la alianza terapéutica. Esta hace referencia a la creación de una relación que se basa en el apoyo mutuo, la colaboración y el respeto entre el terapeuta y el paciente. Permite una mayor conciencia y comprensión sobre la problemática presente e implica una mejora en las conductas del pacientes gracias a la confianza mutua y compromiso frente al cambio (Baier et al., 2020; Muñoz, 2020). Bordin (1979) identifica que la alianza terapéutica se compone de tres elementos esenciales: el establecimiento de un vínculo interpersonal, los objetivos del tratamiento y los métodos a utilizar para alcanzarlos. Flückiger et al. (2018), también resaltan la cooperación y el trabajo conjunto, entre el consultante y el terapeuta, por lo que también es deseable y necesaria la participación proactiva de las dos partes. Además, depende del grado de acuerdo sobre los objetivos y las tareas que se plantean. En el caso de los pacientes TLP se tiene una percepción de complejidad para establecer una alianza terapéutica sostenida en el tiempo, interfiriendo con los resultados de la terapia (Muñoz, 2020). Dimaggio et al. (2019), evidencian que puede estar relacionado a una deficiencia en la capacidad de introspección de los propios estados internos y conductas. Por esa razón, muchos terapeutas evalúan a estos pacientes como poco cooperativos u hostiles.

Asimismo, la dificultad en el establecimiento de esta alianza puede ser resultado de la subestimación o sobreestimación del rol del terapeuta y de las expectativas de la terapia (Flückiger et al., 2018).

La empatía constituye una capacidad esencial en la labor de los psicólogos y terapeutas, ya que les permite adentrarse en la perspectiva del paciente y crear un entorno de confianza en el que el individuo se sienta cómodo expresándose de manera abierta y sincera (Moya, 2018). La empatía está conformada por dos componentes, cognitivo y emocional. Como lo describe Hogan (1969), el primero se refiere al intento de entender y darle una explicación a los pensamientos del otro (citado en Muñoz, 2020). El segundo, propuesto por autores como Epstein (1972), Hoffman (1977), Eisenberg y Strayer (1987), se refiere a la respuesta emocional frente a la experiencia afectiva del otro, que supone un sentimiento compartido y una conducta compasiva (citado en Muñoz, 2020). El mismo autor encontró que al menos un 51,6% de su muestra total consideran que la alianza es un factor elemental en el tratamiento ya que permite al terapeuta comprender las perspectivas, emociones y necesidades de su paciente y responder de manera comprensiva ante estas. Elliot et al. (2018), agregan que la empatía puede desempeñar un papel importante en la motivación y participación del paciente en la terapia. Cuando siente que el terapeuta comprende y valida sus vivencias, es más probable que se sienta incentivado a comprometerse en el proceso de cambio. Asimismo, algunos autores como Worly et al. (2018), confirman que el desarrollo de la empatía por parte del profesional fomenta en el paciente conductas prosociales, emociones placenteras y el perdón y compasión.

El concepto de mindfulness, también llamado atención plena, se refiere a la capacidad que se desarrolla mediante la práctica continua de enfocarse en el presente, prestando atención a todas las experiencias tanto internas como externas con una actitud de curiosidad, apertura y aceptación. Esto implica evitar reacciones automáticas y el juicio crítico (Schuman et al., 2020). Las prácticas y los ejercicios de atención plena son adaptados a diferentes intervenciones ya que permiten el desarrollo de la metacognición (Baer, 2019). Los pacientes aprenden a enfocar, mantener y dirigir la atención en un estímulo o experiencia concreta, siendo conscientes de los posibles distractores como emociones intensas, pensamientos rumiativos o sensaciones desagradables, y retornando la atención cuantas veces sea necesario (Schuman et al., 2020). Así como el paciente se entrena constantemente en esta habilidad, se recomienda que los terapeutas realicen esta

práctica para reconocer pensamientos, emociones o conductas que les generan malestar durante la sesión (Michalak et al., 2019). Hunt et al. (2021), implementaron un taller de atención plena para mejorar la eficacia de un grupo de 6 terapeutas, durante las sesiones. Encontraron que los participantes tuvieron mayores niveles de curiosidad, descentramiento, autoeficacia, amabilidad y autocompasión. Asimismo, lograron manejar la activación emocional entre sesiones, lo que condujo a una mayor disposición para la atención al consultante. Resaltaron que el entrenamiento prolongado ofrecía mejores resultados que prácticas breves. En contra investigación los terapeutas informan que se sienten menos afectados o que surgen menos reacciones “negativas” cuando presentan una mejor comprensión de sus estados mentales (Bhola & Mehrota, 2021).

La autorrevelación es un proceso por el cual el terapeuta decide compartir información personal con el paciente durante la sesión como por ejemplo experiencias, sentimientos o pensamientos. Este es considerado como un aspecto relevante en la relación terapéutica ya que permite establecer la confianza y promueve la comunicación del paciente (Geller y Greenberg, 2012). Permite fomentar la empatía, normalizar las emociones, moldear comportamientos y fomentar la reflexión y el autoconocimiento (Hill et al., 2018). Esto se encuentra relacionado con la genuinidad del terapeuta la cual se refiere a la habilidad para ser auténtico, honesto y congruente con sus propias emociones, pensamientos y comportamientos durante la terapia (Kolden et al., 2018). Implica mantener un sentido de integridad y coherencia personal que puede prevenir el agotamiento emocional e insatisfacción laboral, así como permite desarrollar una mayor autoconciencia de las propias respuestas (Linehan, 2014). Olivera et al. (2018), indagaron la perspectiva de los pacientes frente a la autorrevelación del terapeuta. Los resultados confirman que la autorrevelación era un aspecto muy importante para los pacientes. Indudablemente los participantes comentaron que conocer estos datos y experiencias fortalecía la alianza terapéutica y fomentaba la puesta en marcha de acciones. Sin embargo, es importante mencionar que un grupo de la muestra consideraba negativa la autorrevelación excesiva e irrelevante para la terapia.

Las investigaciones sugieren que los terapeutas con mayor capacitación y experiencia terapéutica son menos susceptibles a reacciones o manifestaciones negativas antes, durante y después de la terapia. Reportan menores niveles de impotencia e inadecuación durante las sesiones y son menos propensos a informar abrumación o experimentar sentimientos negativos o de evitación (Bhola & Mehrota, 2021). Para

abordar a pacientes con TLP, es crucial que el terapeuta cuente con una especialización y una amplia trayectoria de experiencia. Se resalta una mayor consciencia de sus dificultades y se encuentran más arraigados al momento presente. Asimismo, los psicólogos que asistieron a capacitaciones indican una mayor manejo de las sesiones al identificar conductas problema por parte de los individuos (Nelson, 2020). No se especifica una cantidad de tiempo exacto para indicar el grado de experiencia de un psicólogo, sin embargo, algunos concuerdan que entre 3 y 5 años es un tiempo adecuado ya que supone la obtención de cierta cantidad de horas de práctica y la realización de al menos una especialización psicoterapéutica (La Universidad de la Rioja, 2020).

Para finalizar, se realizará una breve recopilación de todo lo expuesto en el capítulo. El TLP se caracteriza por un patrón de inestabilidad e impulsividad en varios aspectos de la vida, incluyendo el estado de ánimo, las relaciones interpersonales y la vivencia de la propia identidad. Desde el modelo biosocial, los consultantes con este diagnóstico presentan una vulnerabilidad emocional y han crecido en un ambiente en el cual la expresión de las experiencias internas es invalidada. En la psicoterapia se ofrece una serie de técnicas y herramientas para trabajar con estos consultantes. La Terapia Dialéctica Conductual (DBT) se destaca como una opción eficaz respaldada por una sólida base científica. Esta terapia aborda la desregulación emocional y ofrece enfoques específicos en mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades interpersonales efectivas. Al hablar de psicoterapia, es necesario tomar en cuenta la relación terapéutica, en la cual tanto terapeuta como paciente se ven influenciados por las conductas del otro a partir de un intercambio transaccional. A partir de esta dinámica, los terapeutas pueden presentar distintas respuestas a nivel emocional, cognitivo, físico y conductual. En base a ello, el profesional puede construir su propia estrategia de afrontamiento para llevar a cabo este proceso terapéutico. Se puede centrar en mejorar la alianza terapéutica; puede utilizar la empatía, el mindfulness y la autorrevelación como herramientas; así como puede apoyarse en su experiencia y formación.

### **1.3 Objetivos**

- Identificar las manifestaciones cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales del psicoterapeuta, que surgen en la relación terapéutica al trabajar con pacientes con TLP.
- Identificar los factores que influyen en el éxito o fracaso de la terapia con pacientes con TLP, desde la perspectiva del psicoterapeuta.
- Analizar el afrontamiento de los psicoterapeutas frente a la intervención del TLP que permita una intervención eficaz y genere un cambio significativo en el malestar de los pacientes.

## **CAPÍTULO II: MÉTODO**

### **2.1 Tipo y diseño de investigación**

En la realización de esta investigación, se adoptó un enfoque cualitativo de carácter descriptivo (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Además, se aplicó un diseño fenomenológico (Flores, 2018).

Presenta un enfoque cualitativo ya que está dirigido hacia la comprensión de los fenómenos planteados, explorándolos y utilizándolos desde las explicaciones y perspectivas de los participantes o población elegida en relación con sus vivencias o experiencias. Asimismo, este trabajo pretende desarrollarse desde el nivel descriptivo. Esto se debe a que, a pesar de ser un tema previamente estudiado, se busca obtener una comprensión profunda de la experiencia de estos terapeutas, ahondando en las características, aspectos y procesos involucrados en ella. Se busca especificar cuál es el afrontamiento de estos profesionales en el trabajo psicoterapéutico con pacientes TLP (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

El diseño propuesto para esta investigación es el fenomenológico, ya que permite al investigador profundizar en la experiencia de los participantes sobre el fenómeno presentado, cómo lo vivencian y lo interpretan para resolver la pregunta de investigación y los objetivos planteados (Flores, 2018). En este caso, se exploran las experiencias compartidas para describir el afrontamiento de los psicoterapeutas que trabajan con pacientes que tienen TLP. Es importante resaltar que este diseño considera que los participantes son la fuente principal de información sobre el evento que se analiza, ya que solos ellos pueden explicar a mejor detalle y especificidad sobre el fenómeno propuesto. Por ello, el investigador, a partir de la revisión profunda de la información, puede ir modificando y moldeando las categorías propuestas en un principio, eliminando y agregando nuevas, para alinearlas a la visión de los participantes (Flores, 2018).

### **2.2 Participantes**

Los participantes elegidos para la investigación están conformados por 11 psicoterapeutas peruanos, hombres y mujeres. Dentro de los requisitos para participar en el estudio, se consideró que los participantes debían tener una formación en terapia, y de ser posible, que estuviera centrada en la atención de pacientes con TLP. Asimismo, debían contar con mínimo 5 años de experiencia en este rubro y que, durante la primera

fase de filtrado, comentaron que han trabajado o que actualmente trabajan con pacientes con TLP. Los datos de los participantes se especifican en la tabla 2.1.

El tipo de muestreo es no probabilístico ya que la selección de los participantes depende del juicio del investigador y de los criterios que se han establecido anteriormente. Eso quiere decir que han sido elegidos por su relevancia y representatividad para el estudio (Merriam & Tisdell, 2015). Según la intencionalidad, se realizó un muestreo homogéneo, eso quiere decir que, de preferencia, los participantes tuvieron un perfil específico y compartieron rasgos similares. Del mismo modo, según el procedimiento, los métodos de selección son los siguientes. En primer lugar, voluntario; los terapeutas se pueden ofrecer como participantes del proceso de investigación o responder activamente a la invitación. En segundo lugar, por conveniencia; lo que significa que se seleccionó a la muestra dependiendo de su disponibilidad, accesibilidad y proximidad. En tercer lugar, por bola de nieve; a partir de la referencia de uno de los participantes, se contacta a otros que tengan las mismas características (Espinoza, 2020). Para definir el tamaño de la muestra, se utilizó el principio de saturación. Ello quiere decir que la cantidad de entrevistas depende de la cantidad de información encontrada; se llega al nivel de saturación cuando los datos ya no revelan nada nuevo que enriquezca el proceso de recolección de datos (Espinoza, 2020). De igual manera, se propone que alrededor de 10 entrevistas es una cantidad adecuada para llegar a la saturación (Creswell & Poth, 2018).

**Tabla 2.1**

*Datos personales de los participantes*

Pseudónimo	Género	Edad	Profesión	Años de experiencia	Corriente terapéutica
Pedro	Hombre	58	Psicología	30	Psicoterapia psicodinámica breve concreta
Lola	Mujer	42	Psicología	17	Terapia gestáltica Terapia dialéctica conductual Yogaterapia Terapia de aceptación y compromiso EMDR
María	Mujer	32	Psicología	10	Terapia cognitivo conductual Terapia dialéctica conductual

Laura	Mujer	56	Psicología	27	Terapia cognitivo conductual Terapia enfocada en la persona
Sonia	Mujer	28	Psicología	6	Terapia racional emotiva Terapia de aceptación y compromiso EMDR Terapia dialéctica conductual
Melissa	Mujer	30	Psicología	5	Terapia dialéctica conductual EMDR
Raúl	Hombre	48	Psiquiatría	19	Terapia cognitiva conductual Terapia dialéctica conductual Terapia de aceptación y compromiso Terapia centrada en la compasión
Diego	Hombre	58	Psicología	22	Terapia psicoanalítica Terapia focalizada en la transferencia
Carla	Mujer	43	Psicología	18	Terapia cognitiva conductual Terapia dialéctica conductual Terapia dialéctica conductual radicalmente abierta
Nuria	Mujer	32	Psicología	7	Terapia racional emotiva Terapia de aceptación y compromiso Terapia dialéctica conductual
Agustín	Hombre	31	Psicología	8	Terapia de aceptación y compromiso Terapia dialéctica conductual

### 2.3 Técnicas de recolección de información

Para la presente investigación se ha utilizado la entrevista semiestructurada como herramienta de recolección de datos. Esto se debe a que su principal objetivo es obtener información de forma oral e individual sobre acontecimientos, experiencias u opiniones de los participantes (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Además, al ser semiestructurada, es una técnica que permite ahondar, de manera dinámica y abierta, el fenómeno propuesto el cual, en este caso, se refiere al afrontamiento de los psicoterapeutas frente al trabajo con pacientes TLP. Por ello, se plantean una serie de preguntas que guiaron la entrevista. Estas deben ser utilizadas como una herramienta de apoyo para orientar la conversación y cubrir los temas relevantes. Sin embargo, no debe ser utilizada de manera exclusiva y literal. Se buscan obtener perspectivas y experiencias únicas por lo que el documento es flexible, las preguntas pueden ser modificadas y adaptadas durante la sesión (Merriam & Tisdell, 2015).

Como se ha mencionado, la entrevista estuvo orientada por una guía de preguntas. Para la elaboración de esta, se realizó una guía tentativa basándose en los objetivos del proyecto y guiándose de la información recopilada en el marco teórico (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Posterior a ello, se validó a través de la revisión de 3 jueces expertos; esto permitió perfeccionar las preguntas y hacerlas más abiertas, ilustrativas y descriptivas, así como alineadas a los objetivos propuestos. Además, se realizó una entrevista piloto la cual tuvo el propósito de poner a prueba la guía de preguntas (Hernández et al., 2014). Finalmente, después de ser revisada y modificada en base al juicio de expertos y la entrevista piloto, se plantearon las preguntas utilizadas para las entrevistas oficiales.

A partir de la revisión del instrumento, la guía se dividió en 2 apartados. En el primero se realizaron 7 preguntas dirigidas a conocer las manifestaciones del psicoterapeuta, emocionales, como ansiedad, miedo, tristeza, desesperanza, irritabilidad y frustración, así como alegría y esperanza (Fischer et al., 2019; Nelson, 2020; Putrino et al., 2020; Bhola & Mehrota, 2021); cognitivas, como la percepción de insuficiencia, impotencia, rechazo y culpabilidad (Putrino et al., 2020); físicas, como la tensión y contracción muscular, respiración agitada y sensación de cansancio (Fischer et al., 2019; Putrino et al., 2020; Ovalle-Olave, 2022); y conductuales, como las respuestas de acercamiento y evitación (Hayes, 1998; Pérez & Borda, 1997; Russell & Victoria, 2022); las cuáles surgen antes, durante y después de las sesiones con pacientes TLP. En el segundo apartado se plantearon 10 preguntas dirigidas a identificar las competencias, estrategias y/o herramientas para afrontar los efectos que conlleva el trabajo prolongado con estos pacientes como la empatía (Elliot et al., 2018; Moya, 2018; Muñoz, 2020; Worly et al., 2018), la alianza terapéutica (Baier et al., 2020; Bordin, 1979; Dimaggio et al., 2019; Flückiger et al., 2018; Muñoz, 2020), la atención plena (Baer, 2019; Hunt et al., 2021; Michalak et al., 2019; Schuman et al., 2020), la autorrevelación y genuinidad del terapeuta (Geller y Greenberg, 2012; Hill et al., 2018; Kolden et al., 2018; Linehan, 2014; Olivera et al., 2018), y una mayor capacitación y experiencia (Bhola & Mehrota, 2021; La Universidad de la Rioja, 2022; Nelson, 2020). En adición a ello, se tomó en cuenta la sintomatología más compleja de los pacientes TLP que suele evocar mayores respuestas por parte del terapeuta, como lo son las manifestaciones de estilo de apego desorganizado (Benlloch, 2020; Ehrental, et al., 2018; Johnson, 2019), de trauma complejo (Ford & Courtois, 2021; Harned, 2016; Howard et al., 2021; Krause-Utz, 2021;

Morales, 2018; Price et al., 2019) y las conductas autolesivas y suicidas (Alberdi, 2020; Asociación Americana de Psiquiatría, 2001; Burbridge-James, 2019; Ford & Courtois, 2021; Vera-Varela, 2019).

#### **2.4 Procedimiento de recolección de información**

En primer lugar, se estableció contacto, vía teléfono o correo, con posibles participantes quienes eran psicoterapeutas con experiencia en el tratamiento del TLP o que habían trabajado de manera recurrente con este tipo de pacientes. Inicialmente, muchos de estos posibles participantes eran profesores universitarios. Se les proporcionó información sobre el tema de la investigación y sus objetivos, así como un acuerdo de confidencialidad. Se les consultó acerca de su disponibilidad y disposición para participar en entrevistas. Una vez que se acordaron la fecha y el horario, se les envió un consentimiento informado que detallaba todos los aspectos éticos, como la confidencialidad de la información y el anonimato del profesional, para que lo leyeran y firmaran con anticipación.

En el siguiente paso, se estableció comunicación con los participantes en la fecha y hora acordada. La mayoría de las entrevistas se llevaron a cabo de manera virtual, ya que esto ofrecía una mayor flexibilidad para los participantes. Sin embargo, en algunos casos, las entrevistas se realizaron en persona. En el caso de las entrevistas virtuales, se mandó el link previo a la sesión, utilizando la plataforma que prefiera el participante, Zoom o Google Meet. En el caso de las entrevistas presenciales, se decidió realizar en un ambiente neutral donde el participante se sienta cómodo y tranquilo, para evitar interrupciones. En ambos casos se reiteró lo estipulado en el consentimiento informado así como se pidió su autorización para grabar las sesiones, explicando la importancia para el análisis de la información. Al iniciar las entrevistas se explica con más detalle la temática y los objetivos de la investigación. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 45 minutos a 1 hora.

En tercer lugar, al finalizar la entrevista, se les agradeció por su participación y se les pidieron referencias sobre otros profesionales terapeutas que estarían dispuestos a formar parte de la investigación. Una vez obtenidos estos contactos, se dio paso a realizar el mismo procedimiento.

En cuanto a los criterios de rigor, se cumplió con el criterio de fiabilidad el cual se refiere a la consistencia de la investigación. Este se cumple ya que ya que se recurrió

a la revisión de expertos en el tema, que no estuvieran dentro del grupo de participantes, con la finalidad de identificar si se condujo el proceso investigación y análisis de manera adecuada (Noreña et al., 2012; Pérez, 2022). Asimismo, se logró el criterio de confirmabilidad, que se refiere a la objetividad de los hallazgos. Para asegurar este criterio, se han utilizado técnicas como el registro y la documentación cuidadosa de la información como por ejemplo las transcripciones textuales de las entrevistas. En adición, la discusión fue contrastada con la literatura respetando la citación de las fuentes (Noreña et al., 2012; Pérez, 2022). En adición se han cumplido con algunos de los criterios de la lista de verificación COREQ (Tong et al., 2007). Específicamente, en el caso del diseño del estudio, se ha tomado en cuenta la metodología de orientación que subyace la investigación, el proceso de selección de los participantes y de recopilación de datos. Asimismo, en lo que respecta al análisis de la información, se describe el número de código, subcategorías y categorías, con su respectiva definición; así como la retroalimentación de algunos participantes sobre lo encontrado. En el reporte de la investigación se tomó en cuenta las citas de los participantes, la consistencia entre la información encontrada en las entrevistas y la literatura, y se encontraron categorías emergentes.

## **2.5 Estrategia de análisis de información**

Después de completar las entrevistas, se procedió a llevar a cabo el análisis de los datos recopilados. Para ello se utilizó la estrategia del análisis de contenido la cual permite identificar, analizar y reportar significados; asimismo, organiza, describe e interpreta la información de manera detallada y exhaustiva (Fernández, 2018).

El análisis de contenido supone, en primer lugar, recibir información a partir de las entrevistas u otros medios, a los cuales el investigador le proporciona un sentido y estructura. Asimismo, implica la previa transcripción exhaustiva de las entrevistas. Es importante realizar una primera revisión de datos para elaborar las primeras anotaciones a medida que se transcribe. En segundo lugar, se puede dar paso a la codificación con el objetivo de revelar significados potenciales. El investigador revisa la información y establece códigos en cada segmento del texto; estos son etiquetas que proporcionan un significado simbólico a la información recopilada en la entrevista. La primera vez se asignan códigos muy literales y específicos, incluso se pueden utilizar las mismas palabras empleadas por los participantes. En tercer lugar, se debe revisar una o dos veces más con el objetivo de modificar, eliminar y/o unir los códigos propuestos en la primera

pasada. Además, cada código debe ser definido de manera tal que pueda entenderse la etiqueta propuesta. En el caso de la investigación, después de la debida revisión, se llegó a 70 códigos. En cuarto lugar, conforme el investigador realiza este análisis, encontrará relaciones conceptuales entre los códigos para establecer subcategorías más focalizadas, las cuáles también serán definidas. De la unión de los códigos, se obtuvieron 9 subcategorías. Finalmente se juntaron las subcategorías y formaron 4 categorías; estas resumen el análisis de la información y proporcionan respuestas a los objetivos de la investigación (Fernández, 2018; Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Es importante señalar que este análisis tuvo principalmente una orientación deductiva, ya que la mayoría de las preguntas que guiaron la investigación y el análisis en sí se basaron en el marco teórico y los conceptos del modelo psicoterapéutico de referencia. No obstante, también se llevó a cabo un análisis inductivo al surgir nueva información durante las entrevistas que contribuyó a los resultados (Palmett, 2020).

## CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la sección siguiente, se expondrán los resultados derivados de 11 entrevistas efectuadas a un conjunto de psicoterapeutas que cuentan con una experiencia de 5 años o más en la atención de pacientes con TLP. Asimismo, el presente trabajo cuenta con 3 objetivos. En primer lugar se pretende identificar las manifestaciones cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales del psicoterapeuta, que surgen en la relación terapéutica al trabajar con pacientes con TLP. En segundo lugar se busca identificar los factores que influyen en el éxito o fracaso de la terapia con pacientes con TLP, desde la perspectiva del psicoterapeuta. En tercer lugar, se pretende analizar el afrontamiento de los psicoterapeutas frente a la intervención del TLP que permita una intervención eficaz y genere un cambio significativo en el malestar de los pacientes.

En la siguiente matriz se indican las categorías y subcategorías encontradas. Cabe mencionar que tanto la segunda categoría como la cuarta se consideran emergentes ya que no estuvieron planificadas en la etapa inicial de la investigación, pero surgieron de la información recopilada durante el proceso.

**Tabla 3.1**

*Matriz de organización de categorías*

Categorías	Participantes que contribuyen	Cantidad de extractos
Categoría 1: Manifestaciones del terapeuta	10	16
La relación terapéutica desde la perspectiva del psicoterapeuta		
Experiencias internas y respuestas del terapeuta frente a la intervención		
Categoría 2: Factores que influyen en el fracaso o éxito de la terapia	8	15
Factores que pueden conllevar al fracaso de la terapia		

Factores que pueden conllevar al éxito de la terapia		
Categoría 3: Estrategias de afrontamiento del terapeuta	10	21
Aspectos del terapeuta que contribuyen a la terapia		
La constante formación del terapeuta		
Autocuidado del terapeuta		
Categoría 4: El propósito de la terapia	6	11
La singularidad de cada caso		
Generar un cambio en la vida del paciente		

---

*Nota.* N = 1. La categoría 1 ayuda a responder al objetivo 1: *Identificar las manifestaciones cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales del psicoterapeuta, que surgen en la relación terapéutica al trabajar con pacientes con TLP.* La categoría 2 ayuda a responder al objetivo 2: *Identificar los factores que influyen en el éxito o fracaso de la terapia con pacientes con TLP, desde la perspectiva del psicoterapeuta.* La categoría 3 ayuda a responder al objetivo 3: *Analizar el afrontamiento de los psicoterapeutas frente a la intervención del TLP que permita una intervención eficaz y genere un cambio significativo en el malestar de los pacientes.* La categoría 4 permite complementar las respuestas a estos objetivos.

### **3.1 Manifestaciones del terapeuta**

El espacio de terapia es un contexto en el cual tanto terapeuta como paciente interactúan en base a sus propios rasgos de personalidad, historias de aprendizaje y habilidades, por lo que uno influye en la conducta del otro. El terapeuta realiza su intervención con el objetivo de generar cambios en la problemática del paciente, pero este responde de manera reactiva, impulsiva o intensa ante el malestar, tal como ha aprendido de su entorno. Ello, en consecuencia, produce en el terapeuta una serie de respuestas para afrontar lo que le genera su paciente.

Esta categoría está compuesta por dos subcategorías. La primera se llama “La relación terapéutica desde la perspectiva del psicoterapeuta”. El profesional entiende que el paciente se relaciona de la misma manera que lo hace en su vida cotidiana y responde a él en base a su formación; sin embargo, también se ve influenciado por su historia de relación, estilo de intervención y recursos para manejar el malestar. La segunda se refiere a “Experiencias internas y respuestas del terapeuta frente a la intervención”. A partir de esta interacción entre terapeuta y consultante, el primero identifica diferentes manifestaciones a nivel emocional, cognitivo, fisiológico y conductual que, indudablemente, influyen en su intervención.

### **3.1.1 La relación terapéutica desde la perspectiva del psicoterapeuta**

Diferentes corrientes terapéuticas proponen la importancia de la relación entre paciente y terapeuta. Esto se debe a que permite que el paciente pueda reflexionar sobre sus emociones, pensamientos y conductas (Laguna et al., 2019); propicia el trabajo activo y colaborativo entre ambas partes (Beck, 2005); e implica un crecimiento a partir de una relación auténtica, cálida y empática (Krug, 2019). Pero más allá, se propone que el espacio de terapia es un contexto en sí mismo, en el cual el terapeuta tiene un rol importante en el cambio del paciente ya que va promoviendo un moldeamiento en la conducta. Sin embargo, no podría generar este cambio si el consultante no manifiesta todos los aspectos involucrados en la problemática durante la sesión (Wilson & Luciano, 2002; Kohlenberg & Tsai, 2007). En las entrevistas se hace alusión a ello:

*“ (...) el contexto terapéutico también es un contexto en el cual las personas se están desarrollando y yo me estoy desenvolviendo. (...) es indudable, inevitable, que los mismos problemas que pueda tener la persona fuera de sesión también se den en el vínculo terapéutico y en este contexto de terapia.” (Sonia, psicoterapeuta).*

Diferentes autores como Hayes et al. (2015), Kohlenberg & Tsai (2007), y Linehan (1993) proponen que las características del profesional y del paciente no pueden separarse del contexto y es muy probable que se afecten entre sí. Esto quiere decir que los terapeutas responden ante las conductas de sus pacientes y viceversa, por lo que la situación terapéutica es resultado de lo que perciben e interpretan ambos. El terapeuta entiende que el consultante se relaciona de una manera similar a cómo lo hace en su vida

cotidiana. Por eso, tiene en cuenta que es posible que surjan reacciones por parte de él a partir de esta interacción, que están sujetas a su propia historia de aprendizaje:

*“ (...) creo que a veces se pierde de vista que cada terapeuta también tiene una historia de aprendizaje y tiene algunos aspectos discriminativos frente a los cuales uno puede responder, (...). Me ha pasado por mi propia historia de vida en el que las personas de repente se enojen. Detona mucho en mí como miedo y tensión, mi cuerpo automáticamente, yo lo noto en mi cuerpo, una respuesta de defensa.” (Sonia, psicoterapeuta)*

Se resaltan dos ideas relevantes. La primera es la importancia de tener en claro que el terapeuta, a pesar de sus estudios, reacciona en base a sus propias experiencias. La segunda se refiere a que, en base a esta historia, ciertos comentarios, conductas o estímulos del paciente pueden resultar muy activadores para el terapeuta y condicionan sus respuestas. Esto se relaciona con el concepto de transacción, el cual se refiere al intercambio entre dos personas que genera una influencia en los estados internos y conductas de cada uno (Linehan, 1993). Según autores como Ortíz & Marín (2022) y Tishby (2022), ello debe considerarse como una respuesta normal producto de la interacción en la cuál, terapeuta y paciente, se manifiestan en base a su manera de relacionarse con su entorno.

Por otro lado, es importante resaltar los aspectos básicos que subyacen la relación terapéutica. Wilson & Luciano (2002) en su libro sobre la terapia de aceptación y compromiso proponen algunos elementos como el poder y la competencia del profesional en el contexto de la relación terapéutica, la postura física y psicológica durante el tratamiento, la importancia del rol del paciente en la terapia, la presentación del propósito/valores de la terapia y el contrato verbal que se establece con el paciente. Sin embargo, existe un concepto que se resalta con más énfasis durante las terapias, la horizontalidad:

*“(...) tratar al consultante como un igual. (...) tomar una posición de terapeuta racional que lo sabe todo frente a un consultante emocional que hay que arreglar y eso es terrible para la relación. Cuando te pones al mismo nivel, la relación fluye. (...) realmente piensas que estás frente a una persona con potencialidades y de tu mismo nivel, (...).” (Raúl, psicoterapeuta)*

El terapeuta, si bien ha estudiado y tiene un entrenamiento sobre lo que corresponde a la salud mental y el comportamiento, no puede ser visto como superior ni más experto en la problemática de su consultante. Wilson & Luciano (2002) mencionan que se concebía que los terapeutas debían mantener una distancia científica y objetiva, de modo tal, que se puedan realizar intervenciones más efectivas. Sin embargo, las terapias actuales buscan erradicar la idea de que el terapeuta es superior al paciente, maximizando su rol. Jolley (2019) expuso lo que sus participantes, psicoterapeutas humanistas, creían sobre la figura del profesional. Se enfatizó la importancia de comunicar su "humanidad" al paciente, lo que implica reconocer la posibilidad de cometer errores y mostrar vulnerabilidad emocional. Asimismo, sus participantes proponen que esta horizontalidad supone que el terapeuta se muestre disponible a través de la espontaneidad y la participación emocional.

Asimismo, es retornar la idea de genuinidad:

*“(...) no es tan efectivo que tú seas un muro, porque a veces puede dar una imagen de “tú eres perfecto y nunca te ha pasado nada” y eso no es cierto ¿no? prendes la cámara y estás seria, nunca haces bromas, no eres tú. Estás adoptando una postura o estás fingiendo, y eso implica no ser genuino y eso genera ese distanciamiento. (...)” (Carla, psicoterapeuta).*

El ser genuino supone ser fiel a uno mismo, no adoptar una imagen fingida o rígida. Como propone Kolden et al. (2018) y Linehan (2014), la genuinidad es esta habilidad para ser auténtico, honesto y congruente con las propias experiencias internas y reacciones. Implica mantener un sentido de integridad y coherencia personal que, en consecuencia, permite establecer una relación terapéutica más sólida y efectiva. A partir de ello se entiende que el terapeuta es un ser humano que indudablemente se equivoca y que puede mostrarse vulnerable ante el malestar. Implica que el terapeuta pueda expresar los pensamientos y emociones que surgen en sesión:

*“(...) me ha pasado que he llorado en las sesiones con pacientes, por lo que me estaban contando, por la misma tristeza que el paciente me generaba. (...) se promueve bastante la muestra genuina de emociones para moldear también las emociones del paciente.” (Melissa, psicoterapeuta)*

La autorrevelación tiene un propósito para la terapia. No solo conlleva a una mayor conexión y apertura por parte del paciente, sino también es un medio por el cual

puede aprender a tener una mirada de mayor comprensión y compasión ante la problemática. Olivera et al. (2018) observaron que los pacientes tendían a reaccionar de manera favorable ante la autorrevelación por parte de los terapeutas, argumentando que esto contribuye a fortalecer la alianza terapéutica y mejora el proceso de terapia. Por el contrario, los terapeutas a menudo eran percibidos como más inflexibles, tradicionales y difíciles de acercar. No obstante, un grupo de pacientes expresó descontento cuando la autorrevelación se volvía excesiva o cruzaba límites en la relación. En resumen, se concluyó que las autorrevelaciones, cuando se realizaban con un propósito claro y en beneficio del paciente, eran apreciadas de manera positiva. Investigaciones adicionales también respaldan su importancia, aunque de manera moderada, en relación a la alianza terapéutica y su impacto en los resultados de la terapia (Jolley, 2019; Moe & Thimm, 2021).

Finalmente, es importante mencionar el compromiso del terapeuta de ayudar a aliviar el sufrimiento de su paciente. Es algo inherente en la relación terapéutica y que implica un grado de involucramiento con el paciente y su problemática (Casari et al., 2018). Sin embargo, en casos en los que el paciente pone en riesgo su vida se puede presentar lo siguiente:

*“(...) estás trabajando con consultantes... que están jugando con su vida y tú tienes que cuidar su vida, tú estás protegiendo su vida. Ellos están viniendo hacia ti para que protejas su vida, para que les enseñes a no lesionarse, para que les enseñes a que no está bien esto, entonces es como ¡joye!, para mantenerse con vida, ¿me entiendes?, un día más. (...) Y para mí es mucha responsabilidad y eso pesó mucho en mí.” (Lola, psicoterapeuta)*

Se busca reflejar esta percepción de responsabilidad por la vida del paciente. Una vez que el terapeuta acepta a su consultante, se crea en él un sentido de deber que implica un estado de preocupación y alerta constante. Michaud et al. (2021) encontraron que es muy común que se genere una carga en el terapeuta frente a la presencia de conductas autolesivas o suicidas, que puede conllevar a un mayor compromiso y preocupación hacia el paciente. Asimismo, Schechter et al. (2019), resalta que sus participantes consideran que el terapeuta tiene un compromiso de infundir esperanza en el paciente y propiciar un ambiente seguro en el que pueda enfrentar su malestar.

En conclusión, desde la perspectiva de los terapeutas, es importante tomar en cuenta la fuerza de la relación terapéutica, tanto por su incidencia en el profesional como en el cambio conductual del paciente. Esta debe ser utilizada a favor de la terapia y, por ello, es importante tener presente los aspectos relevantes que permiten potenciarla, como la horizontalidad, la genuinidad y la autorrevelación. Asimismo, se debe resaltar que esta relación se vuelve vital para las dos partes, por lo que en el terapeuta surge esta sensación de deber con la vida del paciente, de generar un cambio e impedir conductas dirigidas a atentar contra la vida.

### **3.1.2 Experiencias internas y respuestas del terapeuta frente a la intervención**

A partir de la interacción con el paciente, el terapeuta presenta una serie de respuestas o manifestaciones que surgen antes, durante y después de la intervención, y pueden ser a nivel cognitivo, emocional, fisiológico o conductual (Ortíz & Marín, 2022; Tishby, 2022). En cuanto a los pacientes con TLP, Putrino et al. (2020) mencionan que por la complejidad y variabilidad del diagnóstico es inevitable que el terapeuta se vea expuesto a estímulos movilizantes. Los terapeutas entrevistados manifestaron en mayor medida respuestas emocionales ante el trabajo con pacientes TLP. Las emociones identificadas se plantearon alrededor de cuatro temáticas en específico. En primer lugar, aparecen cuando el consultante manifiesta conductas que interfieren con la terapia:

*“(...) tienen este patrón de conducta que es repetitivo. Y lamentablemente es super, super inflexible, hasta cuando ellos te pueden decir “sí, sí entiendo”, o sea entró por aquí y salió por acá. La sesión siguiente estamos otra vez como si fuera la primera sesión. Entonces, crea mucha frustración. (...) daba como un poco de cólera porque uno planifica todo, un plan de intervención, y a la hora de la hora no hace ni dos cosas porque el cliente siempre viene y te cambia todo.” (Laura, psicoterapeuta)*

Se resaltan dos emociones, la cólera y la frustración, las cuales se presentan con mucha frecuencia ante situaciones de esta índole. Se concibe que el paciente con TLP tiene un patrón conductual muy difícil de modificar. A pesar de los intentos del terapeuta por generar cambios en el consultante, es común que ellos vuelvan a retomar estas conductas por la aparente funcionalidad para afrontar la problemática en eventos pasados, a pesar de ser poco útiles en la actualidad. Por lo tanto, se genera una sensación de estancamiento por parte del terapeuta que conlleva a las emociones mencionadas.

En segundo lugar, se genera un impacto emocional cuando el terapeuta se expone a las vivencias traumáticas del paciente. Suelen surgir dos emociones con más frecuencia, la tristeza:

*“(...) es como mucha tristeza por las historias que te cuentan. Usualmente, cuando haces historia personal, las experiencias de vida de los pacientes tienden a ser bastante duras. (...). (...) he tenido yo misma crisis escuchando ciertas historias muy dolorosas. Luego salir de la sesión de terapia y ponerme a llorar por todo lo que me han contado.” (Melissa, psicoterapeuta)*

Y también la cólera por no poder cambiar el recuerdo de esa experiencia:

*“(...) yo por mis pacientes siento mucha rabia por la persona que le ha hecho tanto daño porque no sabe todo lo que causa a lo largo de toda su vida (...). Sí te moviliza, muchas veces he salido molesta, incómoda.” (Nuria, psicoterapeuta)*

La relación entre TLP y trauma complejo es muy común, por lo que existen mayores probabilidades que el terapeuta se vea expuesto a historias de abuso sexual, violencia intrafamiliar, duelo complejo, ambientes invalidantes, entre otros. Se deduce que estos eventos movilizan al terapeuta en la medida que son historias impactantes y dolorosas, así como surge la impotencia de no poder hacer nada para cambiar esa experiencia.

En tercer lugar, el terapeuta presenta emociones muy intensas al abordar situaciones de crisis de sus consultantes:

*“(...) la semana pasada me llamaron porque había tomado una sobredosis de Clonazepam.(...) Me he preocupado, he querido llorar, no te voy a negar. (...). la ansiedad en ese momento porque ¿qué hago?, ¿a quién llamo?, ¿dónde ocurrió? Si es menor de edad, sus papás... sus papás están separados, no contestan. Entonces, ¿a quién llamó que esté más cerca? Cosas así, ¿no? Ah, no y peor porque en ese momento no fue una pedida de ayuda, fue una despedida. Entonces, cuando alguien se despide y tú no estuviste presente y no te contesta la llamada, piensas lo peor. (...). (Nuria, psicoterapeuta)*

Este segmento refleja la alta preocupación, tensión y miedo que se presenta en el psicoterapeuta cuando su consultante manifiesta que quiere hacerse daño o acabar con su vida. Supone tener todos los recursos a la mano para poder responder ante una situación

así. Surge en el terapeuta esta responsabilidad por la vida del paciente mencionada párrafos anteriores. Tiene un deber con el consultante no solo de aliviar su dolor, sino que se compromete a cuidar su vida y evitar un acto contra sí mismo.

Y en cuarto lugar, surgen emociones al no tener los resultados esperados o frente al fracaso de la terapia:

*“(…) culpa tal vez si el tratamiento no está rindiendo resultados. Se dice que el problema no es el consultante sino el terapeuta que tal vez no aplicó la técnica eficaz o que todavía la ciencia no ha llegado a encontrar la herramienta para el consultante ¿no? Pero a veces aparece la idea de que si hubiera sido otro terapeuta posiblemente hubiera hecho más por el consultante. Entonces está la culpa de poder haber hecho más y no haberlo hecho.” (Carla, psicoterapeuta)*

En este segmento se ha identificado la culpa, pero también se recalca la presencia de miedo, frustración, desesperanza y tristeza cuando los terapeutas notan que su intervención no está yendo por la dirección que les gustaría. El terapeuta se cuestiona si ha dejado pasar ciertos aspectos importantes, si aplicó la técnica adecuada o si su formación es suficiente. Y como se menciona, recurrentemente viene esta idea de poder haber hecho más, lo que intensifica la presencia de estas emociones.

Se puede decir que, principalmente, se resaltan emociones como la tristeza, cólera, culpabilidad, frustración o miedo cuando se trabaja con pacientes con TLP. Fischer et al. (2019), Levi-Belz et al. (2020) y Nelson (2020), resaltan la presencia de estas y otras emociones, como confusión, desánimo, impotencia e irritabilidad, en los terapeutas investigados. En el caso de las conductas suicidas, que fueron las que se reportaron en la mayoría de casos. Sin embargo, más allá de reportar estas emociones, es importante resaltar que son respuestas normales del trabajo en terapia y que deberían ser usadas a favor del terapeuta para entender el sentir del paciente. Ortíz & Marín (2022) y Ruiz & Ruiz (2018), exponen que las emociones se manifiestan en el contexto relacional con el objetivo de conectar con la experiencia de la persona. Gran parte del trabajo terapéutico supone que el paciente pueda integrar sus emociones a partir del intercambio con el terapeuta, quien genera una suerte de psicoeducación en base a la normalización y validación.

En cuanto a la dimensión cognitiva, surge una alta autocrítica cuando no se da la sesión idealizada:

*“En el terapeuta surge esa sensación de que “de repente me estoy aprovechando de los pacientes”, “de repente no lo estoy ayudando”, “de repente esta experiencia no le va a servir o no le está sirviendo”, “de repente lo que yo estoy haciendo es algo que más bien lo está enfermado más”, (...).” (Pedro, psicoterapeuta).*

Asimismo, se puede presentar cuando el paciente cuestiona al terapeuta o desapruueba su intervención:

*“ (...) fueron palabras que a mí me dolieron porque por un lado me tocaron esto de: “No te estoy ayudando”, pero otro lado, me tocaron cosas personales de sentirme juzgado, sentirme malinterpretado (...). (...) me sentía muy avergonzado, sentía como “no sé cómo me ve esta paciente”, ¿no? me ve como un inexperto, como alguien que no sabe hacer las cosas.” (Agustín, psicoterapeuta).*

Estos dos segmentos reflejan la alta autoexigencia del terapeuta frente a su capacidad para intervenir. Se resaltan los pensamientos que comúnmente surgen en el terapeuta como resultado de la percepción de su rol y deber como profesional así como por la idea de trabajar con pacientes tan vulnerables; por ejemplo "¿lo habré hecho bien?", "de repente lo que le digo no le va a ayudar", "¿y si lo que le dije estuvo mal?", "alguien más lo puede hacer mejor", entre otros. Putrino et al. (2020), de un grupo de psicólogos, encontró que más de la mitad se perciben insuficientes e impotentes, que no están realizando su trabajo adecuadamente o que tienen pocas habilidades para generar mejoras. Por ello, elaboran cogniciones de mucha crítica hacia sí mismos. Sin embargo, esta exigencia depende de cada terapeuta ya que la mayoría expresa que estas cogniciones surgen especialmente en los primeros años y suelen presentarse con más fuerza si el terapeuta tiene una historia de rechazo. Fischersworing (2018), afirma que la percepción subjetiva sobre la capacidad para generar un cambio y obtener resultados exitosos se encuentra vinculada a experiencias durante su crecimiento y en el ámbito terapéutico.

En menor medida, algunos terapeutas manifiestan respuestas fisiológicas al intervenir con estos pacientes:

*“(...) si pasa, no, ese tipo de respuestas, que están asociadas al miedo, la respuesta corporal está ligada al miedo, (...). (...) empiezo a notar que me duele la cabeza ese dolor, fastidio, incomodidad, tensión acá en la sien también. Ahí sí*

*mi respiración, cómo cambia, como una cosa de mhhh (resoplando), una cosa así.” (Sonia, psicoterapeuta)*

Se hace mención de algunas sensaciones como dolor de cabeza, tensión y respiración agitada. Asimismo, otras respuestas físicas identificadas son presión en el pecho, palpitaciones o cansancio. Ovalle-Olave (2022) y Putrino et al. (2020) también mencionan que los terapeutas perciben tensión, cansancio, incremento de la frecuencia cardíaca, insomnio, contracción muscular, cefaleas y dolores estomacales. Sin embargo, es importante resaltar que no todos mencionaron la somatización como algo común ya que, como se manifiesta, depende de las propias reacciones ante el miedo.

Como se ha mencionado, el terapeuta responde activamente a partir de las emociones, pensamientos y sensaciones que surgen en cada uno. Al realizar las entrevistas se manifestó, con más frecuencia, conductas de escape o distanciamiento ante el comportamiento problemático de su consultante:

*“Posiblemente el protocolo hubiese sido decirle “La verdad que pena que te pusiste así, ¿estás segura?” ¿no? Pero en ese momento me atacó tanto y me dijo un montón de cosas que me sentía muy agotada y le dije: “Te entiendo, es tu decisión, te entiendo totalmente”. Y tal vez el impulso de irme a la acción fue: “Ya ok, ya intenté, fui amable, no está en mis manos, no es un error que haya sido mío”.” (Carla, psicoterapeuta)*

Este segmento refleja que cuando el consultante se muestra con una postura de rechazo y/u ofensiva, surge en el terapeuta una serie de emociones y pensamientos relacionados a la autocrítica lo que lo reprime a continuar las sesiones con el paciente y conlleva a tomar acciones para terminar con esta relación. En compensación a esto, se generan otro tipo de cogniciones de autocompasión para bajar el malestar. Asimismo, estas respuestas se manifiestan en situaciones de mayor gravedad, como la siguiente:

*“(…) la niña fallece, porque yo la mando a internar, prácticamente vino aquí a despedirse de mí. (...) fue de duelo para mí y también de apagar un poco el tema de las consultas. Tuve que ausentarme por un buen tiempo, hasta recuperarme, y de ahí volver. (...). En ese momento la evitación, no volver a ver a los pacientes por un tema de salvar mi vida, porque estaba en mucho cuestionamiento, (...).” (María, psicoterapeuta).*

Como una respuesta común ante el duelo, el terapeuta puede aislarse y evitar el enfrentamiento con todas esas emociones y pensamientos que surgen. Pérez & Borda (1997) y Hayes et al. (1998), plantean que existen 2 respuestas por parte del terapeuta: acercamiento, por la búsqueda de protección al paciente, y evitación, por el malestar que suponen algunas conductas. Según lo recabado en estas investigaciones, los terapeutas manifiestan en mayor medida respuestas defensivas ante el malestar, que estaría relacionado a la evitación propuesta por los mismos autores. Sin embargo, no se descarta la posibilidad de que la otra alternativa esté presente.

Es inevitable la presencia de estas manifestaciones en el terapeuta, las cuáles no están sujetas exclusivamente a la población estudiada sino que siempre se dan como parte de cualquier relación. Es común que estén presentes y pueden ser discutidas con el paciente siempre y cuando tenga una relevancia para la terapia. Eso quiere decir que el terapeuta debe estar dispuesto a analizarlos y emplearlos como una herramienta para interpretar y reforzar la conducta del consultante. El desafío para los terapeutas es utilizar estas manifestaciones de manera eficaz, lo que no implica evitarlas pero tampoco verse inmersas en ellas. Además, puede ofrecer pistas para profundizar en la problemática del paciente y generar cambios significativos. Es importante que el terapeuta permita que surjan estas manifestaciones como una herramienta de trabajo, pero siempre tomando una distancia operativa y utilizando mucha introspección

### **3.2 Factores que influyen en el fracaso o éxito de la terapia**

Desde la perspectiva de los psicoterapeutas, el trabajar con pacientes TLP puede ser complejo y desgastante por la sintomatología característica pero, a la vez, por la diversidad de conductas entre cada consultante y la presencia de otros componentes relevantes que intervienen en la terapia. A partir de ello, los terapeutas identifican factores, tanto internos como externos, que pueden conllevar al fracaso o éxito de la terapia.

En esta categoría se incluyen dos subcategorías. En primer lugar, se encuentra “Los factores que conllevan al fracaso de la terapia”, que hace referencia a las características particulares del paciente que influyen en la relación y dificultan el proceso terapéutico. En su contraparte, se propone la subcategoría “Factores que conllevan al éxito de la terapia”, en el cual se hace mención de los aspectos terapéuticos que son relevantes establecer para lograr los objetivos terapéuticos.

### 3.2.1 Factores que conllevan al fracaso de la terapia

Los terapeutas conciben un cierto grado de complejidad frente al trabajo con los pacientes TLP por los síntomas e intensidad de este diagnóstico. A pesar que existe una diversidad de conductas entre uno y otro paciente, es común que se presenten aspectos tanto internos como externos que conlleven al término de la terapia. Algunos autores como Young et al. (2013) y Linehan (1993) resaltan el impacto de las experiencias tempranas nocivas y las particularidades del entorno donde han vivido los pacientes, que se caracteriza por respuestas erráticas, inapropiadas y extremas:

*“(...) hay muchas de esas historias evidentemente en pacientes límites: abandonos, rechazos, traición, ser juzgado, ser tratado de forma muy injusta por cómo uno es, por características que uno tiene, (...).” (Agustín, psicoterapeuta)*

La mayoría de las conductas problema del paciente se deben a la presencia de un entorno que reaccionó de manera agresiva/impulsiva, crítica, negligente o poco afectiva. Es por eso que al paciente se le dificulta regular sus emociones, elabora cogniciones negativas acerca de su identidad y establece estrategias de afrontamiento poco funcionales. Ello se representa en la sesión terapéutica; el paciente puede reaccionar ante las respuestas del terapeuta como ha aprendido de su entorno.

A partir de ello, el paciente se muestra con una alta demanda emocional en la sesión. Este concepto es entendido como la búsqueda constante de afecto, comprensión, aceptación, seguridad y protección por parte del terapeuta (Benlloch, 2020). Esto se puede representar en el siguiente segmento:

*“(...) estas personas se sienten como nada, que la gente las usa, que están un rato con ellas y después las van a abandonar, y por eso también sienten este vacío tan grande ¿no? Por eso es como que se te prenden, como los chiquitos, como si fueran angustia de separación. Así se ponen también porque en realidad se sienten muy solos emocionalmente, ¿no?”. (Laura, psicoterapeuta)*

Los pacientes TLP han tenido experiencias previas en las que se han sentido descuidados, poco comprendidos o sin afecto. Ello ha generado una angustia ante la idea de estar solos, que se presenta mediante el recuerdo del abandono. Estos pacientes manifiestan un estilo de apego desorganizado por la inseguridad, estrés y ambigüedad que se generó en sus relaciones primarias. Ello se puede reproducir en contextos como en la relación terapéutica por lo que, durante las sesiones, el terapeuta puede desempeñar

una representación simbólica de estas figuras de apego (Benlloch, 2020; Ehrental, 2018). Ello indica que buscan exhaustivamente que se dé esta contención o soporte por parte del terapeuta. Por ejemplo, González et al. (2022), identificaron que la consultante de su investigación manifestaba una sensación de no contar con una base segura en su entorno, lo que incrementaba la necesidad de formar un vínculo de apego con el terapeuta.

En relación a ello, los consultantes suelen generar altas expectativas de la terapia y el terapeuta. Por eso, cuando este percibe que sus expectativas no han sido cumplidas puede mostrarse confrontativo, manifestando enojo e insatisfacción hacia el terapeuta o hacia ciertos aspectos de la terapia (Iezzi, 2021). Durante las entrevistas, los participantes exteriorizan que los pacientes con TLP suelen ser muy críticos y directos con ellos cuando sienten que hay algo que no está funcionando.

*“(...) son altamente sensibles y un comentario que yo pueda hacer lo toma como un ataque ¿no? (...). (...) me empezó a sacar un montón de cosas que le había incomodado de mí que ni enterada, “No me gusta esto, no me gusta lo otro. ¿Sabes qué?, ya no quiero tener otra sesión contigo”.” (Carla, psicoterapeuta)*

Está relacionado a una alta sensibilidad ante los comentarios del terapeuta. En adición a ello, les cuesta etiquetar y modular sus emociones, por lo que se les dificulta tolerar la angustia y pueden ser impulsivos al responder a su entorno. De acuerdo a la propuesta de Linehan (1993), los individuos que tienen TLP experimentan una intensidad emocional significativamente alta, la cual se percibe de manera extrema y puede perdurar en el tiempo. Indudablemente, genera en el terapeuta emociones de rechazo, cólera y frustración, y pensamientos de inutilidad y autocrítica.

Otro aspecto que se resalta es la dificultad para adherirse a la terapia. Se menciona que esto se debe a la desconfianza hacia los demás, la inflexibilidad y la dificultad para pedir ayuda. Wall et al. (2021), complementa que esto se encuentra relacionado a la rigidez cognitiva, la poca capacidad de introspección y el poco desarrollo de habilidades interpersonales. Esto conlleva a que se les dificulte adaptarse a la estructura de la terapia:

*“Es difícil porque tú lo tienes convencer para todo; para que vaya al psiquiatra, le tienes que convencer, si es necesario, que sus papás también puedan asistir, le tienes que convencer para que vaya al de grupos, le tienes que convencer para que te llame o para que haga su plan de crisis.” (Nuria, psicoterapeuta)*

*“Era todo un año, o sea, eran sesiones enteras de dialogar de por qué no hiciste la tarea, por qué no estás practicando tal habilidad, por qué llegaste tarde al grupo, por qué me cancelaste la otra sesión, (...).” (Agustín, psicoterapeuta)*

Se identifican muchos casos que no logran cumplir con los compromisos, tareas y modalidades de intervención. Incluso los terapeutas pueden dedicar varias sesiones a trabajar las conductas que interfieren con la terapia. Witt et al. (2019), manifiestan que esto se considera como un factor de riesgo para las recaídas en conductas problema y el abandono de la terapia. Asimismo, Martin et al. (2021), encontraron que la poca adherencia al tratamiento, en el caso de pacientes con TLP y esquizofrenia, se encuentra relacionada por la dificultad en la capacidad de autorreflexión explicada por la desconfianza hacia sí mismos, en especial para manejar sus emociones. Ello repercute en el nivel de compromiso y motivación frente a la terapia.

En adición a esto, en la mayoría de los casos, el diagnóstico TLP presenta un trasfondo de trauma. Price et al. (2019) y Krause-Utz (2021), afirman que estos pacientes tienen tres veces más probabilidades de haber experimentado un evento traumático en su infancia o a lo largo de su crecimiento. Los terapeutas entrevistados consideran que el trauma es un aspecto esencial para trabajar en terapia; sin embargo se manifiesta como una fuerte disociación en los pacientes, que dificulta el proceso terapéutico:

*“(...) durante las intervenciones también cuando los pacientes tienen un flashback o están como con cierto grado de terquedad que uno trata de sacarlos y no puedes, no puedes, no puedes y es como “ya, ¿pero qué hago ahora”, ¿no? Entonces también te frustras en el momento.” (Melissa, psicoterapeuta)*

En las diferentes modalidades de terapia lo que se busca es que el paciente pueda exponerse a los recuerdos de trauma para que pueda reconciliar y reprocesar el evento (Jiménez, 2021). Sin embargo, es difícil que el terapeuta logre conectar racional y emocionalmente al paciente con los eventos que lo aquejan ya que lo que este busca es la evitación del malestar. En adición, Schwartz & Knipe (2017), agregan que el trauma es de naturaleza emocional por lo que los pacientes pueden experimentar emociones muy intensas durante la exposición al evento. Por ejemplo, en la investigación de González et al. (2022), lograron identificar que una de las principales causas de las rupturas de la alianza estaban relacionadas a “la dificultad en el contacto emocional”, que se refería a la evitación de los pacientes cuando se comenzaban ejercicios de exploración emocional.

En cuanto a la resolución de problemas, por la presencia de una alta vulnerabilidad emocional y cogniciones negativas sobre su capacidad para regular emociones, estos pacientes han elaborado estrategias de afrontamiento poco funcionales que se manifiestan, en varios casos, en conductas autolesivas y suicidas (Alberdi, 2020; Jopling et al., 2018). Los entrevistados comentan que estas situaciones se muestran durante el proceso y se debe lidiar con ello:

*“Tal vez en los momentos en que yo puedo tener espacios de disfrute, me entra una llamada en crisis ¿no? O estoy viendo una película con mi hijo y mi esposo, me entra una llamada en crisis de alguien que me dice que se quiere matar. He tenido que salir a buscarlo o llamar a los bomberos, llamar a la familia. Y obviamente no estar tranquila hasta saber que está resguardado o llevarlo a la clínica o el hospital.” (Carla, psicoterapeuta).*

Se resalta que los pacientes con TLP suelen tener estos episodios de crisis y que se puede dar dentro o fuera de sesión. Paris (2019), menciona que es común que antes de intentar el acto autolesivo o suicida, los consultantes busquen ponerse en contacto con personas significativas o que estén en condiciones de intervenir. Los terapeutas que trabajan con estos consultantes deben estar preparados para estas situaciones y tener todos los recursos disponibles a la mano. Ryan & Oquendo (2020) proponen la importancia de que el terapeuta conozca protocolos de riesgo de suicidio, que esté preparado para escuchar y brindar estrategias de manejo de emociones, que previamente haya desarrollado un plan de seguridad y que constantemente se actualicen las habilidades terapéuticas.

Para finalizar con este apartado, se han identificado los factores que pueden repercutir negativamente en la terapia. Por ejemplo, la demanda emocional, las altas expectativas, las respuestas críticas y de rechazo, la dificultad para la adherencia a la terapia, la disociación por el trauma y las conductas contra ellos mismos. Sin embargo, es importante resaltar que no todos los pacientes presentan la misma historia de aprendizaje, las mismas estrategias de afrontamiento o el mismo nivel de desregulación emocional. Asimismo, existen otros aspectos que varían entre los pacientes y que pueden conllevar a un mejor pronóstico de la terapia como por ejemplo, las habilidades, la motivación, la presencia de redes de apoyo, el consumo de fármacos o la esperanza de vida.

### 3.2.2 Factores que conllevan al éxito de la terapia

En esta subcategoría se dará paso a realizar una recopilación de los factores que los participantes han considerado relevantes para el éxito de la terapia y que, idealmente, deberían presentarse siempre, pero con mayor fuerza cuando se trabaja con pacientes con TLP. Para empezar, los participantes manifiestan una dificultad para establecer la alianza terapéutica. Es por ello que se plantea necesario realizar acciones dirigidas a mejorar la calidad del vínculo y mantenerlo en el tiempo:

*“Si no confías, nunca podrá decir lo que realmente le afecta y si no puede decir lo que realmente le afecta, el terapeuta nunca se enterará del material verdaderamente difícil para el paciente. (...) si logra el paciente, junto con el terapeuta, establecer un vínculo que esté cargado de confianza, en realidad, casi todo lo demás se puede hacer.” (Pedro, psicoterapeuta)*

Lo que se trata de reflejar es que la confianza en el terapeuta es lo que permite que el consultante se pueda expresar con apertura sobre lo que le aqueja y cuáles son los aspectos involucrados en esa problemática. Muñoz (2020) añade que permite una mayor conciencia y comprensión de la problemática tanto por parte del terapeuta como por parte del paciente. Por lo tanto, la alianza terapéutica es la relación que se establece con el paciente y que implica la confianza mutua y el compromiso de colaboración en el proceso terapéutico. D'Ascenzo et al. (2019) demostraron la importancia de desarrollar la alianza terapéutica en el contexto de una terapia familiar con un miembro que tenía trastorno de personalidad límite (TLP). Después de dedicar varias sesiones para fortalecer la relación terapéutica, tanto el paciente como el terapeuta observaron una mejoría significativa, particularmente en la dimensión de la conexión emocional que tenía como objetivo principal construir una relación basada en la confianza, el afecto, el interés mutuo y un sentido de pertenencia. La paciente manifestó sentirse entendida y cómoda que permitió que se sintiera segura para expresar su malestar.

Esta alianza se encuentra enmarcada por ciertos límites que el terapeuta especifica. El encuadre, como lo explican Arias-Castrillón & Restrepo-Orrego (2022), vendrían a ser todas las normativas que se establecen en las primeras sesiones y que implican las reglas, los horarios, honorarios y cobros:

*“Entonces, estas son las reglas: tú vienes a tal hora, tú no pagas, no vienes, tú faltas, no vienes, intentas drogarte, se suspende la terapia; yo veo una conducta que es un peligro para ti, te interno.” (Diego, psicoterapeuta)*

Es de gran importancia definir estos acuerdos en el contexto terapéutico y determinar el nivel de responsabilidad de cada parte en la terapia. Esto también implica que el paciente debe ser consciente de que cada acción conlleva consecuencias, y es un aspecto que se va ajustando a medida que avanza el proceso terapéutico. Por otro lado, supone identificar y exponer las propias limitaciones como terapeuta:

*“Y al aceptar a un paciente, decirle tus límites. Por ejemplo, saben que los domingos yo no respondo, saben que yo a partir de las 11:00 de la noche no respondo.” (Carla, psicoterapeuta)*

Si se quiere ofrecer un servicio de calidad, el profesional debe saber que es lo que puede ofrecer a su consultante. Por ejemplo, si se va más allá de los horarios establecidos probablemente la intervención no sería tan efectiva ya que podría desembocar en malestar y cansancio. Por ello, es importante identificar y establecer los acuerdos, los objetivos, las conductas no permitidas, entre otros aspectos. Muñoz (2020) propone que el mantenimiento de este encuadre depende de la calidad de la alianza y la fuerza del vínculo, ya que implica una mayor adherencia, confianza y motivación.

Otro componente importante que el terapeuta debe tomar en cuenta, que se establece en el encuadre y que resulta de esta alianza, es el compromiso al cuál se llega entre las dos partes, los roles y acciones que cada uno cumple o realiza dentro de este trabajo colaborativo:

*“(…) entras a terapia con tu paciente porque es un camino de a dos. (...) saber que cuando tú estás con un paciente, el camino va a ser un mutuo, el camino va a ser difícil para los dos, sobre todo en este tipo de trabajos. (...). La posibilidad de estar allí, recibir la agresión, recibir el miedo, recibir la patalata, pero con un límite (...).” (Pedro, psicoterapeuta).*

De este segmento se desembocan dos ideas. La primera se encuentra más relacionada al rol del terapeuta. Es la idea de que, al aceptar el caso, se realiza un acuerdo implícito en el cual el profesional se compromete a acompañar al paciente a pesar de las dificultades, los retrocesos, las situaciones de crisis, entre otros. El terapeuta se muestra comprensivo frente al proceso del consultante y lo motiva a pesar de las dificultades. La

segunda se encuentra dirigida a tomar en cuenta el rol del paciente en la terapia y su responsabilidad en su propio cambio. Por ello, como lo plantea Laudo (2019), la eficacia de la terapia depende del interés y la motivación de ambas partes. El afrontar el camino de la psicoterapia depende de un sistema de conciencia sobre los papeles que cada participante cumple, como parte de un acuerdo previo establecido por ambos.

La base de este compromiso está formado, como lo expone Corbella (2019), por los objetivos terapéuticos. La relevancia del planteamiento de metas claras radica en que conducen a los cambios específicos que los pacientes quieren y necesitan lograr de la terapia; asimismo, permiten evaluar los avances del consultante y los resultados de la terapia (Ungaro, 2022). En el siguiente segmento se expresa como se realiza el planteamiento de los objetivos en la sesión:

*“(...) vamos a poner un orden, una lista de problemas y ponme tú la prioridad”. Pueden estar con riesgo de vida y a la vez problema de pareja y te van a poner problema de pareja 1. Les digo: “Por ahora es importante esto”. (...) es ponerle un orden, ¿no? y ellos ya saben. “Ok. Mira esto, pero primero trabajamos esto”. (Nuria, psicoterapeuta)*

Lo que se expone anteriormente permite entender que la propuesta de los objetivos debe resultar de una conversación entre los dos participantes sobre lo que se quiere lograr. Asimismo, se debe tener bien presente que sin objetivos la intervención no tendría una dirección y, por lo tanto, ningún propósito. Esto está relacionado con lo que mencionan Corbella (2019) y Flückinger et al. (2018), la terapia implica el trabajo entre el consultante y el terapeuta, por lo que también es deseable y necesaria la participación proactiva de las dos partes. Depende del grado de acuerdo sobre los objetivos y las tareas que se plantean para lograr los resultados deseados.

De igual importancia para la terapia se hace presente la validación. Implica la intención de comunicar el entendimiento y aceptación de la problemática del consultante. Carson-Wong et al. (2018), mencionan que supone estrategias como la atención y escucha activa, el reflejo preciso de las emociones, pensamientos e interpretaciones del paciente, y la comunicación de que la experiencias internas han sido entendidas y son razonables frente a un determinado evento. Se manifiesta la importancia de la validación para los consultantes:

*“(...) que se sientan acompañados en situaciones en las cuales de repente la familia o las amistades, por la misma invalidación que pueden tener, pueden haberles dado mensajes de que están locas o que no tiene o que nadie más ha pasado por algo así (...). Entonces el poder encontrar a alguien que pueda entender o que pueda dar cierto grado de veracidad a su punto de vista, su forma de ver el mundo, ayuda bastante.” (Melissa, psicoterapeuta).*

Muchas veces estos pacientes tienen una visión muy juiciosa hacia sí mismos por el reforzamiento de que lo que sienten y piensan es poco razonable. Ello interviene en la terapia, ya que al paciente suele ser autocrítico y le cuesta tener una mirada de aceptación. La idea es que el terapeuta pueda ofrecer ello, darle a conocer que lo que está enfrentando tiene una razón y, en base a eso, tiene sentido que presente este grado de malestar. Linehan (1993), considera que la validación es esencial en cualquier intervención ya que es una herramienta poderosa para el cambio. Permite desarrollar una mirada de comprensión hacia sí mismo y, por lo tanto, tomar acciones dirigidas a generar un cambio. Asimismo, Mehlum (2021) evidencia que, desde la DBT, los terapeutas utilizan la validación como una estrategia principal para promover la autoaceptación y regulación emocional, así como reducir comportamientos suicidas y/o autolesiones. Carson-Wong et al. (2018), también encontraron que los pacientes lograban generar un cambio en la intensidad de sus emociones cuando los terapeutas utilizan la validación como una de las estrategias principales.

Es preciso resaltar que la terapia debe ser un espacio para la libre expresión del paciente, sin juicios, con el objetivo de poder aliviar la carga emocional así como encontrar material importante durante el discurso. Esto se expone a continuación:

*“(...) para mí es importante preguntarle a la persona “¿cómo te sientes?, ¿qué es lo que te está trayendo a consulta?, cuéntame un poquito más de de tí”; abriendo para que la persona comience a sacar... porque cualquier persona que llega a terapia, llega muy cargada emocionalmente, con un problema que está molestando. Entonces tienes que darle el espacio para que se suelte.” (Laura, psicoterapeuta).*

El paciente va a consulta por un problema que muchas veces no puede expresar con otras personas. El terapeuta adopta una postura de confidente el cual proporciona un espacio para que el paciente desfogue y pueda obtener esta validación. En el caso de los

pacientes TLP, el malestar surge por esta dificultad de su entorno para responder con aceptación y comprensión ante la sensibilidad emocional. El terapeuta debe permitir que se dé este desfogue sumado a una retroalimentación por su parte. Nahum et al. (2018) comentan al respecto, refiriendo que la terapia implica un compartir de las emociones, tanto del paciente como del terapeuta; este intercambio afectivo supone simpatía, compasión o la expresión de la preocupación por el sufrimiento del otro.

En última instancia, para que la terapia tenga éxito, es fundamental que el terapeuta considere la participación de la familia como un elemento esencial en la intervención, especialmente cuando se trata de adolescentes y adultos jóvenes. Wall et al, (2021) manifiestan que el tratamiento para los pacientes TLP debe involucrar a las familias; sin embargo, muchas veces son ellos quienes constituyen una barrera para el cambio por la invalidación hacia las respuestas del paciente. Se considera relevante que se les explique a los familiares cuáles son sus roles en el cambio del paciente:

*“ (...) llevan dos funciones, una función puede ser como psicoeducación de la familia porque la familia se preocupa y le pueden decir: “Estás en terapia, pero yo te veo igual”, ¿no? La familia entra para que pueda entender que es parte del proceso, (...). (...) lo otro es más referido a un plan de crisis. “Yo estoy, pero no estoy cerca. ¿Quién sí está cerca y quien sí te puede ayudar? La familia”.”*  
(Nuria, psicoterapeuta)

Como se puede leer, los familiares cumplen roles de contención y de moldeamiento de conductas. El primer concepto se refiere a la capacidad de proporcionar un entorno seguro y apoyo emocional para una persona que está experimentando emociones muy intensas (Muller, 2018). El segundo concepto hace referencia a una técnica que permite el aprendizaje de conductas nuevas y más adaptativas a través del modelado y los refuerzos y castigos (Miltenberger, 2015). Fossati & Somma (2018), recabaron información sobre 2 modalidades terapéuticas, DBT y terapia de mentalización, en las cuáles incluyen la intervención de la familia. En ambos casos se les ofrece una psicoeducación del trastorno y sobre su función en el mantenimiento de ciertas conductas, así como habilidades para manejar el malestar del consultante y el propio. Se concluye que la familia desempeña un papel crucial al asistir al paciente en la regulación de sus emociones al brindar un entorno de apoyo y comprensión, al mismo tiempo que contribuye al aprendizaje de comportamientos funcionales.

Para resumir, existen algunos componentes que son importantes establecer, en especial en el caso de los pacientes TLP. En primer lugar, el encuadre y los compromisos deben ser propuestos desde un principio y discutidos con el paciente directamente. Se deben establecer los objetivos de manera clara y alineados a las metas y necesidades del paciente. La alianza terapéutica es esencial para el abordaje del caso; el terapeuta debe acompañar y guiar en todo el proceso, permitiendo la libre expresión del paciente y aplicando mucha validación para dirigir hacia la acción. Es importante realizar la intervención desde la familia; esto se debe a que pueden contribuir con el proceso al cumplir roles de contención y moldeamiento de conductas. El tomar en cuenta estos aspectos podrán contribuir en el abordaje del terapeuta, facilitando su actuar frente a las dificultades presentes en el diagnóstico y en la relación.

### **3.3 Estrategias de afrontamiento del terapeuta**

A partir de la interacción con el paciente, el terapeuta busca afrontar el malestar para generar una intervención eficaz. En primer lugar, el profesional fortalece sus propias capacidades y habilidades para intervenir en la problemática de su paciente así como lidiar con las conductas que se presentan en la sesión. En segundo lugar, a partir de su formación, el terapeuta puede enlazar sus conocimientos teóricos con la práctica, desarrollar nuevas habilidades, así como adquirir herramientas sobre intervenciones novedosas y justificadas en base a la evidencia. En tercer lugar, debe dar espacios para reforzar ámbitos significativos en su vida con el objetivo de impedir el estrés prolongado y aumentar la disponibilidad para su paciente.

Esta categoría está formada por tres subcategorías. En primer lugar, se encuentra “Aspectos del terapeuta que contribuyen a la terapia”. En este se abordan las capacidades, habilidades y herramientas que los terapeutas priorizan en el proceso terapéutico por su contribución para entender y abordar la problemática, conectar con el paciente, bajar el malestar y mantenerse enfocado durante la sesión. En segundo lugar, está la subcategoría “La constante formación del terapeuta” en la cual se resaltó la importancia de la formación integral, la supervisión y la actualización para contar con un repertorio de teoría, técnicas y habilidades que flexibilicen el abordaje. Asimismo, se establece la necesidad de alguna formación especializada en intervención con pacientes TLP. En tercer lugar, se propone “Autocuidado del terapeuta”. Está enfocada en el bienestar del terapeuta; se resalta el soporte y apoyo por parte de otros colegas o un equipo de trabajo,

la importancia de dedicar tiempo a otros ámbitos relevantes de la vida, así como cultivar la autocompasión frente a las dificultades o el fracaso en la terapia.

### **3.3.1 Aspectos del terapeuta que contribuyen a la terapia**

En este apartado se hará mención de algunas de las capacidades, habilidades y herramientas que los terapeutas consideran importantes desarrollar para ofrecer una mejor intervención en general, aunque ahondando en el caso de los pacientes TLP. Los participantes comentan algunos aspectos que les han sido útiles de manera particular, por ejemplo la respiración diafragmática, relajación progresiva, objetos de seguridad, estar en un ambiente cómodo, las habilidades *TIP*, entre otros. Sin embargo, la mayoría concuerda en lo siguiente. En primer lugar, se resalta la capacidad para realizar el análisis del funcionamiento del paciente durante la sesión. El terapeuta logra reflexionar sobre pensamientos, emociones y comportamientos del paciente, así como identificar la frecuencia e intensidad de estos. Tiene por objetivo entender cuál es la función de la conducta y cuál sería la intervención más adecuada. En el siguiente segmento se expone esta idea:

*“(...) tu análisis funcional es básico para ver cuáles son los estímulos que van siendo internos y externos, tipos de conductas, los parámetros, la frecuencia y la intensidad de estas conductas, los refuerzos, los familiares, los mismos pensamientos de los pacientes, entre otras cosas. (...). El análisis funcional es el ABC de poder identificar dónde está el motivo de consulta del paciente y hacia dónde vamos a trabajar.” (María, psicoterapeuta)*

En este caso se hace mención del concepto de análisis funcional. Este se refiere a una herramienta de evaluación, utilizado en modelos de corte conductual, que permite el análisis de las conductas particulares del paciente. Se basa en la idea de que los problemas del consultante surgen a partir de la interacción y el aprendizaje de su entorno. Son tomados en cuenta todos los elementos involucrados en la aparición y mantenimiento de la conducta problema del presente (Hayes, 1993; Ibáñez, 2020). Posteriormente, se comenta que en el caso del TLP se realiza un análisis funcional más estructurado que se conoce como el análisis en cadena; en este se determina la conducta y se reconocen los eventos desencadenantes, vulnerabilidades, eslabones y consecuencias (Linehan, 1993). Un buen análisis funcional es esencial para entender la problemática del paciente. Esto

se debe a que permite realizar explicaciones hipotéticas de la conducta y determinar la función que cumple para la persona.

En segundo lugar, se encuentra la empatía, la capacidad para conectarse con la perspectiva del otro y establecer un vínculo en el cual la otra persona puede expresarse con libertad (Moya, 2018). Se considera como una respuesta emocional y cognitiva frente a la experiencia del otro, que desemboca en compasión y acercamiento. En la actualidad es considerado como una capacidad importante para los psicoterapeutas por su gran influencia en la introspección y en los cambios de conducta (Muñoz, 2020). Con respecto a ello, se manifiesta lo siguiente:

*“(…) la empatía es esta habilidad de conectarse con esa perspectiva de la otra persona, (...). (...) es transmitir ese entendimiento, “Entendí tu perspectiva”, “Entendí la congruencia de lo que estás pensando en función a tu historia de vida en el contexto actual”. (...) El transmitir el “te entiendo”. (Carla, psicoterapeuta)*

Lo que se expone en este segmento es que la empatía permite transmitir el entendimiento de lo que la otra persona está sintiendo o pensando bajo la propia experiencia. Es el poder generar una retroalimentación sobre ello y conducir al paciente hacia la reflexión de que estas experiencias internas tienen una razón. Se propone otro ejemplo de cómo se manifiesta la empatía:

*“(…) empezamos a hablar de lo que había salido, yo le dije: “Mira, de corazón siento tanta lástima que tu profesora misma se haya burlado de ti por cómo llevabas una parte de tu cuerpo, como llevabas tu cabello, y te juro que me da una rabia que te haya pasado eso. Me da mucha rabia porque te imagino tan pequeña sin poder defenderte y que no haya nadie, ningún adulto que le diga que no puedes tratar así a una niña”.” (Agustín, psicoterapeuta)*

El terapeuta incluso intenta expresar lo que piensa y siente al respecto de lo que comenta el paciente. Es una forma muy genuina de manifestar este entendimiento ya que no siempre se conocerá de primera mano la vivencia del paciente pero uno puede conectar con esta experiencia. Como se comentó, las reacciones o respuestas del terapeuta, frente a lo que trae el paciente a sesión, puede funcionar como una herramienta para profundizar en la problemática. Fuentes (2019), plantea que la empatía es una habilidad que se construye y se afina a medida que el terapeuta tiene mayor exposición al trabajo. Sin

embargo, los que trabajan de manera prolongada con pacientes con experiencias traumáticas, como en el caso del TEPT o del TLP, pueden manifestar un desgaste por empatía que implica un nivel alto de estrés en el terapeuta.

En tercer lugar, se destaca la importancia de una práctica de atención plena del terapeuta, antes, durante y después de las sesiones. Esta es una habilidad adquirida por el entrenamiento constante en prestar atención al momento presente, a las experiencias internas y externas que surjan en la intervención y fuera de ella (Schuman et al., 2020). En el siguiente segmento se destaca esta habilidad como algo esencial en la terapia:

*“(...) observar tus pensamientos y tus emociones y tomar perspectiva de ellos, tomar distancia (...). Parte de estar atento en la sesión, es estar atento a lo que pasa con el consultante, con la sesión y contigo mismo. El Mindfulness te ayuda para eso, es estar atento a tus pensamientos, estar observando qué aparece, tener la capacidad de soltar, tomar distancia.” (Raúl, psicoterapeuta).*

*Mindfulness* es mantenerse atento a todo lo que surge en la sesión, tanto el comportamiento del paciente como las propias respuestas. Es ser capaz de traerlo a la conciencia para generar introspección sobre el por qué se manifiestan. Implica estar más disponible para el consultante ya que, indudablemente, estas experiencias internas afectan al terapeuta y pueden interponerse en la intervención si es que no se trabajan. Algunos autores como Linehan (1993) y Schuman et al. (2020) resaltan que implica otras características como la curiosidad, tolerancia, apertura y aceptación, evitando juzgar. Hunt et al. (2021), implementaron un taller de mindfulness para mejorar la eficacia de un grupo de terapeutas durante las sesiones. Encontraron que los participantes tuvieron mayores niveles de curiosidad, descentramiento, autoeficacia, amabilidad y autocompasión. Asimismo, lograron manejar la activación emocional entre sesiones. Resaltaron que el entrenamiento prolongado, dentro y fuera del entorno terapéutico ofrecía mejores resultados.

En cuarto lugar, se menciona el autoconocimiento. Esto se puede presentar de dos maneras: para identificar qué conductas del paciente repercuten en las propias y cuál es el estilo como terapeuta. En el siguiente segmento se expone la primera idea:

*“(...) me ha ayudado un montón hacer mi mismo análisis conductual en ciertas cosas que yo hice o que no hice, en ciertas situaciones en las cuales no sé...;*

*entonces, sí me ha ayudado bastante a poder analizar más que hago, que no hago, cómo lo hago.” (Melissa, 30 años)*

Como parte de su trabajo, el terapeuta aprende a estar en constante observación y análisis de las conductas de sus pacientes y las propias. A partir de este autoconocimiento, va identificando qué aspectos del paciente son los que más influyen en su conducta, reforzando o disminuyendo la presencia de ciertas contingencias necesarias para el caso. Gallegos et al. (2021), llevó a cabo un grupo de autoconocimiento en el que participaron estudiantes de psicología con el objetivo de fortalecer su formación profesional y personal. Se logró que los estudiantes tuvieran cambios significativos en cuanto a la percepción de sus problemáticas así como una mayor comprensión de sus fortalezas y debilidades.

En el caso del estilo del terapeuta, se hace alusión de lo siguiente:

*“(...) lo que tienes que tener es tu estilo y es algo que se va a construyendo poco a poco (...) dentro de ese estilo vas a encontrar que está toda tu experiencia bien grabada. Yo soy bastante informal, a mis pacientes los atiende en el diván, mirando el techo. Y yo lo que hago es, escucho, escucho, siempre soy alguien que escucha, a veces dibujo, intervengo varias veces(...)” (Diego, 58 años)*

Como se resalta, es algo que se va construyendo a medida que se va ganando experiencia en la terapia. Sin embargo, se recomienda descubrir este estilo ya que va a dictaminar la manera en la que va a dirigir la intervención. Por ejemplo, se percibe que el participante intenta explicar brevemente cómo es su estilo, el grado de horizontalidad con el paciente, los aspectos que toma como relevantes y las técnicas que utiliza. Se deduce que debe estar influenciado por la personalidad del profesional, sus intereses y el enfoque terapéutico. El modelo del estilo personal del terapeuta (EPT) de Fernández-Álvarez et al. (2003) (citado en Casari et al., 2018), propone que el estilo de abordaje del terapeuta está compuesto por el encuadre, el grado de comunicación y emocionalidad, el grado de compromiso con el paciente y el trabajo, las técnicas para recolectar la información y la manera de realizar la intervención.

En quinto lugar, indudablemente la experiencia facilita el abordaje terapéutico:

*“(...) yo he trabajado en hospitales por 10 años, en 4 hospitales e, incluso, en esos 4 hospitales he tenido hasta 20 pacientes en un día. Mi cerebro memorizaba cada historia, salía del hospital X se borraba mi cerebro, iba al hospital Y y se*

*activaban los recuerdos de esos consultantes. (...) hay terapeutas que me dicen: “¿Cómo puedes tener 8? yo no puedo más de 4”. Yo digo, claro es que yo he trabajado con 20 pacientes en el hospital, 8 para mí son como unas vacaciones.” (Carla, 18 años de experiencia)*

Cuando el terapeuta tiene la oportunidad de atender diversos casos, ello permite entrenar la mente al enlazar los conocimientos teóricos con la práctica. Asimismo, conlleva a una mayor rapidez para identificar cuáles son los diagnósticos y las mejores perspectivas y/o técnicas para cada caso. Además, el terapeuta aprende a tolerar el malestar e identifica qué herramientas le permiten evitar el estrés prolongado. Nelson (2020), resaltan que en el caso del TLP, los años de experiencia son esenciales para el abordaje terapéutico ya que supone mayor conciencia de las propias dificultades, estado de atención al presente y manejo frente al malestar.

En la misma línea, la experiencia supone mayor flexibilidad en la intervención del terapeuta. Esto se expone en el siguiente segmento:

*“(...) tuve que adaptar muchas cosas que yo hacía de forma estructurada; por ejemplo, había pacientes que no hacían las fichas, entonces, decía: “Ok. ¿Cómo se te vería mejor hacerlas?”. “Yo quiero escribir en mi cuaderno, pero sí te las voy a pasar en mis notas”, “Ok. No me importa que cambies todo, no me importa si lo quieres hacer a tu modo. Chévere. Solamente lo que quiero es que trates de comentarme qué es lo que pasó y que trates de identificar qué es lo que estás sintiendo” y lo van haciendo. Entonces, yo creo que allí también nosotros nos vamos flexibilizando con ellos (...)” (Nuria, 7 años de experiencia).*

En otras palabras, el terapeuta debe adecuar su intervención al consultante. Si bien el terapeuta ha sido formado bajo un enfoque terapéutico en el cual se siguen ciertos pasos o técnicas establecidas, con el tiempo este se da cuenta que no siempre funciona para todos los casos, en especial en los pacientes con TLP quienes son poco estructurados y se muestran resistentes a realizar tareas rígidas. Corbella (2020), propone que el estilo del terapeuta debe ser flexible para facilitar su adaptación a las características y necesidades del paciente.

En este apartado se ha realizado una recopilación de los aspectos del terapeuta que permiten un mejor abordaje con los pacientes TLP, por ejemplo, la capacidad de análisis para conceptualizar el caso, la capacidad de empatía para conectar con el

paciente, las habilidades para bajar el malestar en sesión y mantener la atención plena y la experiencia. Asimismo es importante el autoconocimiento para identificar conductas asociadas a ciertas reacciones del paciente, así como el estilo de abordaje; ello conlleva a una mayor flexibilidad en su intervención. Estas se consideran como indispensables y se recomienda que el terapeuta pueda ir desarrollándolas a medida que avanza.

### **3.3.2 La constante formación del terapeuta**

Para desempeñarse en un puesto de psicoterapeuta, el profesional debe haber estudiado una carrera relacionada a la salud mental como por ejemplo psicología o psiquiatría. En muchos países, como en el Perú, se requiere esta acreditación en base a la titulación y la habilitación profesional para realizar una práctica de calidad (Aznar, 2022) (Ley de Creación del Colegio de Psicólogos del Perú N.º 30702, 2017). Sin embargo, el estudio en psicoterapia debe ser constante. Se destaca la relevancia de la formación y actualización del terapeuta:

*“Yo creo que tiene que ver mucho con la formación del terapeuta propiamente. (...) obviamente tiene que ser el terapeuta un entendido en psicopatología, en psiquiatría, incluso en neuroanatomía, en psicología propiamente desde la conducta, es alguien que se ha formado y se sigue informando permanentemente.” (Pedro, 58 años).*

El psicoterapeuta debe tener un conocimiento teórico y práctico en lo que respecta a las bases de la mente y el comportamiento humano así como todo lo que está asociado al abordaje en distintos casos. Esto se da de manera continua por la complejidad inherente al ser humano. Ello quiere decir que un terapeuta nunca deja de aprender. Es importante que lea, investigue y se forme de manera constante en nuevas maneras de abordar las terapias, ya que a medida que pasa el tiempo se va conociendo un poco más sobre el funcionamiento del comportamiento humano:

*“(...) esta terapia es como por ahora funciona, pero más adelante quizás no. Entonces, está abierta la puerta a que en algún momento sea modificada, sea cambiada o salga algo mejor. (...) cada tiempo surgen nuevas necesidades. Cada cambio es justamente para eso, para mejorar, para llegar a entender o a solucionar el problema del paciente, que es al final quien realmente nos importa que se lleve lo mejor del terapeuta.” (María, 32 años).*

En concordancia con lo mencionado, las terapias van cambiando en el tiempo porque se adecuan a las necesidades de los pacientes. Incluso los modelos más antiguos han agregado nuevas perspectivas y técnicas de abordaje. A partir de la investigación se aprenden nuevos aspectos del funcionamiento humano. Zohn et al. (2018), en su libro sobre la investigación en psicoterapia, resalta esta búsqueda de construir conocimiento con el objetivo de ofrecer respuestas a cuestionamientos que repercuten en el bienestar psicológico y en alternativas de intervención, tomando en consideración la influencia del contexto histórico y sociocultural.

Otro requisito para poder ejercer la labor de psicoterapeuta, aunque con mayor insistencia en el TLP, es la supervisión. Se percibe que es necesaria la supervisión por parte de otros colegas, de preferencia más experimentados. Ellos pueden identificar datos del paciente que el terapeuta no había pensado anteriormente. Asimismo, recomiendan técnicas o estrategias que podrían ser útiles para intervenir. En el siguiente segmento se expone más sobre ello:

*“Un terapeuta necesariamente tiene que tener un espacio de supervisión. O sea, el trabajo terapéutico siempre es en equipo. Y claro, se supervisa el caso con una persona de igual o con más experiencia y ahí se examina qué cosa es del terapeuta, qué cosa es del paciente, qué está sucediendo en el vínculo, cómo va la calidad de la confianza que se estableció o no se establece, qué está pasando realmente. Y además, se esboza lo que técnicamente corresponde; cómo intervenir, qué mensajes interpretar, qué cosas decir, qué cosa no decir, ... qué cosa está pretendiendo el paciente, qué está pretendiendo el terapeuta a propósito de lo que pretende el paciente.” (Pedro, psicoterapeuta).*

Entonces la supervisión es la búsqueda de una retroalimentación completa sobre la problemática del consultante, los aspectos relevantes de la terapia y la conducta del terapeuta frente a ello. Es identificar qué elementos, conceptos, habilidades, entre otros, faltan que el terapeuta adquiera, si es que es necesaria alguna capacitación o investigación respecto al tema, e incluso si debe trabajar en aspectos personales que intervienen en la sesión. Campo (2021) realizó una aproximación cualitativa a la concepción de la psicoterapia, en la cual los terapeutas destacan la supervisión como un aspecto obligatorio del entrenamiento y trabajo de un psicólogo. Esto se debe a que supone una práctica respaldada por otro profesional más experimentado y ofrece una mirada para comprender e intervenir en aspectos no visualizados.

En cuanto al diagnóstico TLP, indudablemente existen terapias dirigidas al abordaje de estos casos. De acuerdo con la Sociedad Clínica de Psicología (2016), las terapias que cuentan con un respaldo sustancial de evidencia en cuanto a su eficacia incluyen la terapia basada en la mentalización, la terapia basada en la transferencia, la terapia de esquemas y la terapia dialéctica conductual. La mayoría de los terapeutas entrevistados para este trabajo practican la DBT, por ello se ha tomado como referencia este modelo terapéutico:

*“En DBT existe una estructura, es muy esquematizada la terapia. Si pasa eso opción A, si pasa lo otro opción B, si pasa lo otro opción C, si pasa D entonces opción A, B y C. Es una terapia estructurada. Y ¿por qué razón? porque trabajamos con pacientes poco estructurados. (...) (...) me di cuenta que existían estrategias mucho más fáciles y que tenía mejores resultados, (...)” (Carla, Terapia dialéctica conductual)*

Esta terapia ha sido elaborada de manera tal que abarca los diversos aspectos del paciente y está preparada para afrontar la variabilidad de síntomas y conductas que pueden presentarse. Esto se debe al diseño de las metas así como las distintas modalidades que presenta. Albarrán et al. (2020) destacan que los objetivos terapéuticos se centran en reducir las conductas que están en contra de la vida del paciente, aquellas que obstaculizan el proceso de tratamiento y aquellas que impactan negativamente en su calidad de vida. Además, se hace hincapié en el desarrollo de habilidades relacionadas con la regulación emocional, la atención plena, las relaciones interpersonales y la tolerancia al malestar. En cuanto a las modalidades, estas son terapia individual, el adiestramiento en habilidades en grupo, las consultas por teléfono y la consultoría, la cuál va dirigida directamente al terapeuta. En la práctica, DBT demuestra los resultados esperados frente a otros modelos terapéuticos:

*“(...) llegó a mi una paciente que tenía desregulación emocional. En realidad yo no sabía cómo abordarla porque es muy distinto el abordaje de un paciente esquizofrénico, un paciente crónico con depresión, al paciente bipolar, es muy distinto.” (Lola, Terapia dialéctica conductual)*

Cada diagnóstico tiene sus propias particularidades e, indudablemente, el abordaje debe tomar en cuenta las técnicas diseñadas en cada caso. Como se menciona, trabajar con pacientes con otros diagnósticos es totalmente distinto que con un TLP, a

pesar que también presentan un alto nivel de complejidad. Entonces se establece la importancia de una formación especializada y diseñada para este diagnóstico ya que implica estar preparados para enfrentarse a los distintos componentes que lo conforman. García & Camus (2021) llevaron a cabo una investigación con el propósito de verificar la efectividad de un programa de intervención fundamentado en la DBT en pacientes que presentaban TLP. Los participantes lograron adquirir estrategias y herramientas, aprendieron a gestionar sus emociones y pensamientos, y fueron capaces de aplicar estos conocimientos a través de comportamientos más adaptativos.

Si bien el terapeuta tiene un enfoque del cual se ciñe para conceptualizar el caso así como sigue un modelo terapéutico especializado para realizar la intervención, es importante que tenga un repertorio de técnicas que considere sean pertinentes y que vayan alineadas a su estilo. Esto supone que debe saber un poco de todo:

*“(...) está bueno estudiar muchas cosas porque te da perspectivas, algunas cosas se entienden mejor desde otro lado. (...). Entonces, yo, por ejemplo... TCC uso muy poco, pero la parte conductual me ha ayudado un montón para hacer terapia dialéctica. De ACT, el tema de los pensamientos y algunas conversaciones de valores me ayudan porque en DBT también se habla de eso, pero no la dan muy a profundidad, entonces, me ha ayudado en algunas conductas. Mindfulness y terapia centrada en la compasión me ayudan con un tema personal, para tener una actitud más contemplativa en sesiones, para manejar emociones, para manejar unos temas de crítico interno con consultantes, por ejemplo.” (Raúl, psicoterapeuta)*

Como se refleja en el segmento anterior, algunos terapeutas han pasado por distintas formaciones que han ampliado sus horizontes sobre nuevas maneras de intervenir. Ello permite identificar qué aspectos suman y aportan a la calidad de la terapia que ofrece. Implica una mayor flexibilidad de su intervención ya que aporta diversas perspectivas con el objetivo de adecuarse a las particularidades de su paciente. Sin embargo, es importante que exista una compatibilidad entre las técnicas con las propias bases de trabajo. Hace referencia al eclecticismo técnico, que se entiende como el uso de diferentes técnicas derivadas de varios modelos de psicoterapia sin dejar de lado la teoría subyacente (Lazarus, 1992). Kerman (2020) propone que dentro de cualquier estrategia terapéutica se debe contemplar el eclecticismo técnico como la utilización de múltiples recursos terapéuticos para adecuarse a las necesidades de cada consultante. Entonces, a

pesar de la importancia de conocer un poco sobre cada terapia, es importante que estas sean compatibles entre sí o por lo menos las técnicas que se utilicen lo deben ser.

Después de lo explicado en este apartado se puede afirmar que el terapeuta debe tener una formación integral, lo que incluye conocer las bases del comportamiento humano, el bienestar y el abordaje en distintos casos. Por ello, se percibe necesario la actualización frecuente. Ello implica, leer, investigar, entrenarse; tener un repertorio de técnicas compatibles que flexibilicen el abordaje; así como supervisarse constantemente. Asimismo, se resalta la importancia de realizar algún curso o formación en abordaje con pacientes TLP. Esto se debe a que existen terapias con mayor evidencia sobre su efectividad en el manejo de este trastorno.

### **3.3.3 Autocuidado del terapeuta**

Para ofrecer una intervención eficaz, indudablemente, el terapeuta tiene que encontrarse en un estado de bienestar óptimo. Sin embargo, las exigencias de este trabajo implica un alto agotamiento mental; especialmente cuando se abordan situaciones estresantes, emocionalmente demandantes y/o relacionadas a trauma. El autocuidado se considera un factor protector de la salud psicológica en el ejercicio profesional para minimizar el burnout o desgaste por empatía (Díaz et al., 2021). En este apartado se recopilan las perspectivas sobre lo que supone el autocuidado del terapeuta.

El terapeuta puede manifestar agotamiento durante las intervenciones con los pacientes TLP. En varias ocasiones, los pensamientos autocríticos o emociones negativas permanecen en el profesional hasta el final de las sesiones e, incluso, después de ellas. Para ello, el terapeuta aplica estrategias que le permiten bajar el malestar:

*“Trato de pausar un poco, salir a caminar un momento, unos 15 minutos antes de llegar a mi hogar y ya está o dar una vuelta. (...) me quedo un ratito más en el consultorio, me disperso, organizando, ordenando o leyendo un rato; o sea, es como que desengancho y desconecto. (...) empiezo a llamar por teléfono, empiezo a tratar de tener una conversación divertida con alguien que sé que me va a hacer reír de alguna tontería, alguna pachotada.” (Lola, psicoterapeuta).*

En este segmento se han plasmado acciones que le son útiles a los terapeutas para tomar distancia de lo sucedido en la sesión. Por ejemplo estas estrategias implican el desconectarse, tomar un respiro o relajarse para estar con mayor disposición o para que el malestar no se extienda. Esto concuerda con lo planteado por Norcross & VandenBos

(2018), en su libro sobre el autocuidado del terapeuta, se enfatiza en la importancia de que este pueda planificar estrategias, conformadas por técnicas variadas que guíen a un mayor bienestar. Durante y después de la sesión, se percibe relevante darse estos espacios para descansar y organizar las ideas.

Otro aspecto que se resalta es la importancia de que el terapeuta realice una autoevaluación sobre sus capacidades para intervenir en el caso. Se hace mención sobre ello en el siguiente apartado:

*“Mi estado emocional puede bajar, mi capacidad de empatía, mi capacidad de atención también puede disminuir (...) los psicoterapeutas tenemos que seguir, seguir, seguir, y a veces tenemos que darnos un stop, un pare; para luego, yo darles calidad de atención a ellos, la calidad de atención que ellos se merecen, porque no puedo estar todo el tiempo atendiéndolos” (Lola, psicoterapeuta).*

El terapeuta debe ser capaz de identificar cuando ya no puede continuar con la sesión. Inevitablemente el cansancio mental y emocional puede interferir con su abordaje. El ser consciente de ello supone ser responsable y estar disponible para el paciente. Pero más allá, implica que el terapeuta reconozca si podrá abordar el caso:

*“(...) evaluar si tu eres la persona adecuada para este caso o hacer la derivación y aprender a soltar al consultante, (...). (...) estoy enfocada más a “Ok, ¿qué tanto esto, como persona, me va a perjudicar y no voy a ser eficiente?”, es tener más respeto por uno, es ser más consciente de tus limitaciones. Mientras más sabes más respeto tienes.” (Carla, psicoterapeuta).*

Es importante que el terapeuta identifique cuáles son sus capacidades para abordar el caso. Ser consciente de sí se presentan aspectos del paciente, del contexto o del mismo terapeuta que no podrán ser modificados y que interfieren con la intervención. Por ejemplo, el sentirse identificado con la historia del paciente, intervenciones que son muy movilizantes para el terapeuta, rasgos de personalidad totalmente incompatibles o valores divergentes (Wilson & Luciano, 2002). A veces, eso implica interrumpir las sesiones o derivarlo con otro colega. Díaz et al. (2021) identifican que una de las conductas dirigidas al autocuidado del terapeuta supone la conciencia sobre el desgaste que le está generando la intervención y, por lo tanto, la aceptación de que existen casos que no se pueden manejar de manera efectiva.

Esto, a su vez, se encuentra relacionado al concepto de autocompasión. Algunos autores como Wilson et al. (2019), lo definen como la tendencia a tener una mirada de amabilidad y comprensión hacia uno mismo, sin prejuicios, en especial en momentos de mucha dificultad y sufrimiento. Se considera que es un componente importante del autocuidado:

*“Igual a veces fallo, porque obviamente no se puede siempre, pero conforme ha pasado el tiempo he podido exponerme a la posibilidad de fallar, a la posibilidad de no ser el terapeuta que pueda con todo y al mismo tiempo tratar de hacerlo lo mejor que puedo e ir cambiando las cosas que pueda cambiar en el camino.”*  
(Melissa, psicoterapeuta)

El terapeuta debe ser consciente de sus capacidades para hacer la intervención y validar el esfuerzo que ha realizado. Aceptar que la intervención perfecta no existe y que es probable que se equivoque o se le pasen algunos detalles ya que participan características no sólo del terapeuta, también del consultante y de la situación específica. Es importante reconocer el grado de formación, capacitación y esfuerzo por parte del terapeuta. Vance (2020) llevó a cabo una investigación sobre la experiencia de supervisores frente a la promoción de la autocompasión en psicoterapeutas como parte de su desarrollo y mantenimiento profesional. Los resultados sugieren que los participantes entrevistados consideran de gran utilidad la autocompasión como un medio para preservar el autocuidado de los terapeutas. El desarrollo de la autocompasión en sus supervisados mejoraba sus habilidades de regulación de emociones y autorreflexión, y se asoció con reducciones en la autocrítica y rumiación. Nelson et al. (2018), recalcan que los participantes terapeutas que aprenden a tener esta mirada de autocompasión logra modelar estas actitudes a sus consultantes.

Por otro lado, se recalca que es imposible que un terapeuta trabaje solo, especialmente cuando se aborda casos de TLP. El apoyo de otros colegas o equipo es esencial y a continuación se explica por qué:

*“(...) tengo un equipo DBT. Dentro de ese equipo, pues, están ahí generando validación, resolución de problemas y ayuda mucho porque un terapeuta solo o que trate ser, trabajar con pacientes TLP y que trate de hacer todo, es complicado porque son muchas situaciones de riesgo que se presentan. Por eso es que es*

*importante tener un equipo terapéutico donde puedas sostenerte.” (Nuria, psicoterapeuta)*

Trabajar en un equipo supone la posibilidad de un desfogue emocional, la validación y normalización de las experiencias en sesión y la propuesta de soluciones frente a la problemáticas. En este caso la terapeuta es de DBT. Esto implica que trabaja en un equipo terapéutico que tiene como funciones maximizar la motivación, al potenciar la disponibilidad del terapeuta; y aumentar la capacidad de los miembros, al potenciar las habilidades con las que se ofrece el tratamiento. El equipo trabaja directamente en la consultoría, reuniones que tienen el objetivo de revelar, discutir y abordar síntomas de agotamiento y malestar del terapeuta. (Allgood, 2022; Sayrs & Linehan, 2019). Si bien el equipo de DBT es más estructurado y se aplica exclusivamente en esta terapia, los entrevistados llegan al acuerdo que el sostén por otros compañeros es necesario porque permite un mejor abordaje de los obstáculos que aparecen en terapia, implica mayor apoyo y validación, y alienta la apertura y vulnerabilidad de los miembros para cuidar de su estado emocional. Incluso se propone que el llevar terapia podría ser un buen recurso para el terapeuta.

A veces el terapeuta puede involucrarse demasiado con su trabajo y sus pacientes por querer ofrecer lo mejor y por las altas expectativas frente al rol del terapeuta (Rief, 2021). Esto conlleva a una autoexigencia y un agotamiento laboral. Por ello, se recalca la importancia de fortalecer otras dimensiones significativas de la vida:

*“(...) cultivo cosas en mi vida: mis amistades, mi gato, mi pareja... O sea, lo hago cultivando cosas que yo digo: “Ok, pero no soy solamente Agustín terapeuta, hay más cosas dentro de mí, hay más cosas que hago”. (...) mis pacientes forman parte importante de mi vida y la verdad es así, o sea, me acuerdo de ellos y hago muchas cosas para darles el mejor tratamiento, pero no son toda mi vida. Entonces, creo que esa cosa de dar un poco más de espacio al cuidado personal, (...).” (Agustín, psicoterapeuta)*

Es tomar en cuenta que existen otras áreas importantes en la vida a las cuáles les quiere dedicar tiempo. La importancia de generar espacios para gozar, relajarse, realizar actividades placenteras, desarrollar otros intereses, cuidar sus vínculos interpersonales, entre otros. Todo lo que pueda nutrir al terapeuta más allá de hacer terapia. Aunque, igualmente, repercute en su desempeño. Norcross & VandenBos (2018) plantean que para

realizar un trabajo de calidad, desde una postura ética, se debe tener en consideración el establecimiento de límites con los pacientes, el crear ambientes de comodidad y seguridad, enfocarse en actividades de interés, reconocer cuando se encuentra en peligro, el realizar terapia, mantener relaciones saludables, tener espacios de reconexión con uno mismo, cultivar la espiritualidad y fomentar la creatividad y el crecimiento.

Asimismo, otro punto que se manifiesta en las entrevistas es el de aplicar lo que se enseña en la terapia:

*(...) se debe practicar las habilidades no solo en la sesión, sino en el día a día. Yo uso las habilidades que enseñó en terapia con mi mamá, con mi hermana, con mi pareja, con el mundo, con la persona de Claro que me llama o la persona en Movistar que me llama; y lo etiqueto. Notando cuáles son mis respuestas en mi día a día, cuando me enoja o cuando siento miedo, para poder ser más consciente en sesión y para poder cambiarlas. (Sonia, psicoterapeuta).*

Supone el ser coherente con lo que enseña. Se espera que el terapeuta crea en la efectividad de las habilidades y recursos que ofrece a sus consultantes. Se enfatiza en la habilidad de conciencia plena y el tener una mirada de aceptación y amabilidad frente a los sucesos difíciles de la vida. Bennet (2019) realizó en su investigación sobre la práctica personal de lo aprendido en la formación. Se encontró que la aplicación de este aprendizaje es la vía más efectiva para lograr cambios en las características personales e interpersonales de los terapeutas y para mejorar su rendimiento. Los aspectos clave que distinguen a los terapeutas eficaces de los demás se relacionan con habilidades y conocimientos vinculados a la resiliencia, la atención plena, la tolerancia a la ambigüedad, la confianza, la autocompasión y la autorreflexión.

Entonces, el autocuidado del terapeuta supone la presencia de ciertos recursos o estrategias personales que le permiten cuidar su bienestar ya que el trabajo con los pacientes TLP puede ser muy complejo y agotador. Debe ser sincero consigo mismo hasta dónde puede llegar y aceptar que la intervención perfecta no existe porque hay muchos aspectos involucrados. Asimismo, lo ideal es que reciba un soporte por parte de otros colegas, de un equipo o de un terapeuta propio. En especial, se enfatiza en que, más allá de ser terapeuta, es una persona que tiene otros intereses y ámbitos de la vida que quiere preservar.

### **3.4 El propósito de la terapia**

Las bases filosóficas y teóricas forman una perspectiva sobre lo que supone la cognición, emoción y conducta humana, la problemática de la persona, los objetivos a los cuáles se quiere alcanzar, su aspiración y rol como terapeuta, la esperanza en el paciente y la confianza del éxito terapéutico. Todo ello, guía la intervención y lo que se considera relevante establecer en la terapia. Es más, influye en la manera como se percibe el sufrimiento mental y la capacidad para generar cambios en su vida. Lo mencionado varía en cada terapeuta, tomando en cuenta la formación o enfoque terapéutico, la experiencia y su propio estilo de intervención.

Lo recopilado en este apartado se considera como una categoría emergente ya que, si bien las preguntas no estuvieron dirigidas a reunir esta información, surgió en diversas ocasiones durante las entrevistas. Asimismo, se consideró relevante ya que permite complementar las categorías anteriores. Está compuesta por las siguientes subcategorías. En primer lugar, se propone “La singularidad de cada caso” en la cuál se resalta la importancia de no utilizar los criterios diagnósticos como determinantes ya que cada paciente es totalmente particular, con historias y estrategias de afrontamiento distintas. Esto se encuentra relacionado con la base, enfoque o filosofía a la cuál se ciñe el terapeuta. En segundo lugar, se encuentra la subcategoría “Generar un cambio en la vida del paciente”. Esta propone que el terapeuta espera que el paciente adquiera un aprendizaje, una mejora, un cambio en su vida o el cumplimiento de objetivos. Para que ello se dé, se debe generar conciencia sobre el problema, así como ofrecer habilidades para manejar el malestar y promover el establecimiento de conductas dirigidas al cambio. Asimismo, el paciente debe comprender el rol en su propio cambio.

#### **3.4.1 La singularidad de cada caso**

Los psicoterapeutas, en especial quienes no suelen atender estos casos o que tienen poca experiencia, perciben el diagnóstico TLP como muy difícil de tratar por los patrones comportamentales rígidos y resistentes al cambio (Linehan, 1993; Feinberg, 2020; Moreira, 2020). Por ello, se concibe que este trabajo genera un desgaste emocional y un malestar significativo en el terapeuta, y muchos se muestran reacios a atenderlos. Sin dejar de lado su evidente complejidad, no todos los pacientes muestran la misma sintomatología o con la misma intensidad. Esto se resume en el siguiente párrafo:

*“No hay un tipo de borderline, hay muchísimos. Tienes el borderline más pegado hacia el histriónico que, bueno, va a ser mucho más fácil en términos de la exigencia. El borderline que tiene problemas ya serios de identidad y allí hablamos de cosas más complejas. El borderline que hace acting-out, ¿no? O tienes el borderline, que está flotando en la carencia, es decir, que una falla en la construcción de su mundo interno que se manifiesta en sensaciones de vacío, ¿no?” (Diego, psicoterapeuta)*

El TLP puede ser muy variado. Existen pacientes con mayor impulsividad y agresividad hacia sí mismos, quienes presentan un nivel alto de intensidad emocional, los que manifiestan una inestabilidad de la identidad, quienes presentan mayor sensación de vacío, entre otros. Si bien existen pacientes que reflejan varios o todos estos síntomas, hay algunos que solo manifiestan unos pocos. Asimismo, no siempre se muestran como se propone en los manuales diagnósticos, pero encajan con el perfil de un TLP. Aron (2010), en su libro sobre la relación entre la psicoterapia y las personas altamente sensibles, destaca que si bien existen características comunes en este grupo de consultantes, cada uno tiene sus propias experiencias, desafíos y necesidades.

Norcross & Wampold (2018) plantean la importancia de tomar en cuenta la variabilidad no diagnóstica, que quiere decir que es preciso tomar en cuenta las conductas particulares del paciente en una situación en específico. El adaptar la terapia a ciertos criterios resulta incompleto y poco efectivo. Esto se plantea en el siguiente segmento:

*“Yo creo que el diagnóstico lo que hace es un etiquetado de las cosas que las personas hacen. Entonces, si el paciente hace esto, cumple esto, entonces tiene tal diagnóstico; pero no te explica de dónde vino todo esto. (...). Yo creo que el diagnóstico puede ser útil como no puede serlo, dependiendo de cómo lo uses, pero necesitas ver cuáles son los procesos por los cuales las persona adquirió precisamente estos comportamientos que son problemáticos.” (Agustín, psicoterapeuta).*

Si bien los manuales diagnósticos han sido utilizados por largo tiempo y han demostrado ser útiles para identificar y tratar diferentes trastornos, se plantea la importancia de tener una mirada más allá de ello. Implica comprender que un mismo diagnóstico puede significar dos historias totalmente distintas, así como dos historias parecidas pueden desembocar en conductas de afrontamiento distintas. Retomando la

propuesta de Norcross & Wampold (2018), evidenciaron que diferentes tipos de clientes requieren diferentes intervenciones. Adaptar el tratamiento al diagnóstico o a una terapia resulta poco eficaz porque se ignoran los aspectos particulares de cada consultante y se dejaría de lado la multifactorialidad, lo que significa que el origen y mantenimiento de la problemática se debe a múltiples causas. Plantean la relevancia de seguir un enfoque transdiagnóstico, que implica el guiarse de dimensiones como por ejemplo síntomas, características del contexto, creencias y valores, estilos de afrontamiento, nivel de reactividad, entre otros aspectos.

A partir de lo explicado, el terapeuta comprende la importancia de profundizar en la función de las conductas del paciente más que en el cumplimiento de ciertos criterios:

*“(...) lo que yo intento hacer es encontrar justamente por qué tiene sentido lo que hicieron, cómo es que su visión del mundo no es que esté errada, no que estén locos, no es que estén enfermos, sino que dada su historia de vida, todo lo que me dicen, lo que sienten y lo que piensen me hace hartoo sentido genuinamente, (...)”*  
(Melissa, psicoterapeuta)

Para comprender la complejidad de la problemática el terapeuta debe ser curioso y reflexivo sobre los patrones aprendidos que dan sentido a la problemática actual del paciente. Esto implica no juzgar, sino realmente entender qué está detrás de esa conducta. Una vez entendido ello, el terapeuta logra identificar cuál es el abordaje más indicado. Hofmann & Hayes (2019) mencionan que se requiere de un enfoque ideográfico, la comprensión del por qué, en un caso particular, se mantiene el problema y cómo se puede iniciar el proceso de cambio a partir del análisis de todos los componentes involucrados.

Y con esta mirada más amplia de lo que supone esta problemática para el paciente, se genera un cambio de actitud frente al proceso terapéutico:

*“Para mí es muy genuino el hecho de que el paciente se dé cuenta de que por más que haya retrocedido en todo eso o antes de comenzar la sesión es como pucha, “ok, igual estás al menos siendo consciente que pasa”, ¿no?(...) es una mirada muy de contemplación, de saber de qué era lo que en ese momento, pues, ella elegía hacer como respuesta o cómo resolver el problema dentro de lo que ellas tienen de habilidades, que son poquísimas.”* (María, psicoterapeuta)

Lo que se busca es una mirada comprensiva ante el curso del paciente. Los terapeutas entienden que sus consultantes se encuentran en una lucha constante entre sus

pensamientos y emociones, que les cuesta desprenderse de sus estrategias de afrontamiento, que aún se encuentran inmersos en un entorno que refuerza el malestar. Después de investigar las actitudes de un grupo de terapeutas al trabajar con pacientes con TLP, Nelson (2020) logró identificar que quienes mostraban una mirada de mayor comprensión y empatía hacia la problemática del paciente obtenían mejores resultados. Esto se debe a que conlleva a la esperanza de un cambio en la problemática, la capacidad de disfrutar de la terapia y el interés por mejorar el abordaje.

Indudablemente, el enfoque terapéutico guía la percepción sobre la problemática del paciente. En esta investigación se ha recopilado información sobre 11 terapeutas con distintas formaciones, entre modelos derivados del psicoanálisis, de la terapia cognitiva-conductual y, en su mayoría, las conductuales-contextuales. En este extracto de una terapeuta ACT y DBT se explica cómo es que estos enfoques dan sentido a la intervención:

*“(...) con el tiempo me di cuenta que era importante poder tener los principios claros que guiaran mi abordaje. (...) si bien comencé con terapia racional emotiva ahorita mi nicho, los principios que rigen mi intervención terapéutica, está ligado al contextualismo funcional, al conductismo. (...) es importante que esto pueda organizar la manera en la que yo conceptualizó el caso y la visión que yo tengo de cómo intervenir, cómo puedo realizar los movimientos en sesión para que la persona pueda generar los cambios que son necesarios en su vida, (...)”*  
(Sonia, ACT y DBT)

Se manifiesta que las bases o principios de estas terapias son los que guían la manera como concibe el problema del paciente, cuáles son los puntos importantes donde debe intervenir y de qué manera lo hará. Esto podría estar relacionado con lo que propone Pepper (1970), en su libro sobre las Hipótesis del Mundo. Las hipótesis son perspectivas filosóficas sobre los fenómenos del mundo; es como una lupa por la cuál posicionamos nuestro entendimiento. Todos formamos hipótesis sobre lo que sucede a nuestro alrededor para darle una explicación. Entonces, los enfoques psicoterapéuticos están compuestos por un conjunto de hipótesis o perspectivas filosóficas que dan sentido a la problemática y guían la intervención.

Para finalizar, se debe tener en cuenta que cada paciente es totalmente singular, con historias y estrategias de afrontamiento distintas. Por eso, la adaptación del

tratamiento basada sólo en criterios diagnósticos se considera incompleta ya que no se captura la complejidad de cada paciente. Se entiende que el terapeuta debe guiarse por su curiosidad y reflexividad sobre los patrones que dan sentido al comportamiento del paciente y la problemática actual. A partir de ello, surge en el terapeuta una mirada de comprensión frente a la lucha del paciente. En adición, la intervención se encuentra directamente relacionada con el enfoque o filosofía del terapeuta, ya que esta ofrece una perspectiva sobre los componentes que conforman el problema y los aspectos se deben abordar.

### **3.4.2 Generar un cambio en la vida del paciente**

Finalmente, se ha realizado una reflexión sobre el principal objetivo de la psicoterapia, propiciar un cambio en el paciente. Perrotta (2020) menciona que a partir de la autoconciencia y el autoconocimiento se modifican los patrones conductuales responsables del malestar actual. Esto supone guiar al paciente hacia la construcción de una vida que sea digna de ser vivida lo más rápido y eficaz posible, como expresa Linehan (2020). El terapeuta espera que el paciente pueda generar este aprendizaje a partir de la terapia. Que encuentre un sentido a sus problemas y que los objetivos planteados se vayan cumpliendo lo que, indudablemente, genera en el terapeuta satisfacción:

*“(...) es como mucha esperanza de poder ayudar (...). Mucha alegría, mucha. Me siento muy feliz realmente en ese momento cuando se logran éxitos dentro del proceso (...).” (María psicoterapeuta).*

Se percibe que es algo que motiva al terapeuta para obtener resultados exitosos. Desde un principio, se manifiesta esta ilusión de que el paciente pueda mejorar, a pesar de su diagnóstico y los otros aspectos involucrados en el caso. Otra idea que se resalta es la siguiente:

*“A veces hay temas de relaciones interpersonales, temas relacionados a su propia autoestima y su percepción. Y bien, también temas de trauma, que salen en algunas sesiones luego, que quieren justamente trabajar. Y es muy bonito porque ya no te quedas solamente con lo básico de “quiero salvarme la vida”, “quiero encontrar un sentido”, sino encuentras otras cosas que quieres trabajar y eso ayuda a que avance.” (María psicoterapeuta).*

El paciente, a medida que avanza en la terapia, identifica otros aspectos que quiere trabajar para mejorar su calidad de vida. Que sea más consciente de ello ofrece al

terapeuta un material muy interesante con el cuál puede trabajar. Pero más allá, se percibe una sensación de orgullo por su trabajo así como por el desarrollo y el crecimiento de su paciente. Nelson (2020) en su investigación sobre las actitudes de los psicólogos que trabajan con pacientes con TLP, identifica que las actitudes “positivas” de los terapeutas suelen estar relacionadas a los avances del paciente y la obtención de resultados exitosos por el tratamiento, lo que conlleva al disfrute de la intervención, una mayor simpatía por el paciente así como altas expectativas de cambio.

Se entiende que la función del terapeuta es dar pie a estos cambios, no solo por la psicoeducación que pueda ofrecer sino desde la interacción con la conducta de su consultante en sesión. Por ello, la interacción durante la sesión es una herramienta fundamental para lograr estos cambios en el paciente. En primer lugar, esta propicia una mayor conciencia por parte de las experiencias internas y las conductas del paciente. Esto se expone en el siguiente párrafo:

*“(...) para mí es muy importante que pueda notar que la forma en la que aprendieron a responder frente al acercamiento de las personas, confiar frente a la desconfianza; tiene sentido, es adaptativo, en algún momento lo necesitaron. (...) poder hacerlo notar en la propia sesión; “¿cómo notas que cada vez que yo te pregunto o lo que te digo, ¿te sientes triste? Es como “ok, creo que es importante señalarte que...” (Sonia, psicoterapeuta).*

El terapeuta tiene la tarea de estar atento a las respuestas del paciente durante la terapia. Pero no solo se queda ahí, es importante que estas hipótesis o ideas que surgen en base a la observación sean contrastadas con el consultante; es hacer este señalamiento, sobre cómo se está manifestando el paciente en la sesión en relación al problema. Perrotta (2020), elabora una reflexión importante sobre ello. Comenta que una relación terapéutica es efectiva en la medida que el terapeuta comprenda lo que está sucediendo en la interacción y propicie esta interpretación sobre la dinámica del paciente e incluso de la propia. En otras palabras, el terapeuta ayuda al consultante a tomar conciencia sobre sus emociones y pensamientos e interpretarlo a la luz de los patrones conductuales actuales.

En segundo lugar, como se recalca, de la misma relación se puede generar un aprendizaje. El terapeuta debe utilizar eso a su favor para promover el moldeamiento de la conducta del paciente durante la sesión, como lo propone Kohlenberg & Tsai, (2007). Como ya se ha mencionado, esta es una técnica que se utiliza de manera constante durante

la terapia y que permite el aprendizaje de conductas nuevas y más adaptativas. En base a lo propuesto, se menciona lo siguiente:

*“A veces que el terapeuta las pueda mostrar ayuda bastante a moldear y decir, “oye, todos tenemos emociones, no es malo llorar, no es malo enojarse, no es algo que sea una catástrofe y se puede manejar de una manera efectiva”. (...) parte de lo que sucede en la vida de los pacientes es que hacen ciertas cosas y las consecuencias naturales o no funcionan o de alguna otra forma en la familia o alguien más encuentran la manera de que no se dé. Entonces parte del tratamiento es que ellos vean que sus conductas van a tener una consecuencia que puede no ser agradable y al mismo tiempo tienen que lidiar con ellas.” (Melissa, psicoterapeuta).*

Se exponen dos ideas principalmente. La primera hace referencia a que el terapeuta, a partir de sus propias experiencias internas, puede generar cambios. Por ejemplo, se comenta que a partir de la expresión de sus propias emociones puede normalizar la presencia de estas en su paciente. Por otro lado, el terapeuta debe dar a entender al consultante que su comportamiento tiene consecuencias, por lo que se debe hacer presente ello reforzando la tolerancia frente al malestar. Cómo lo explican López et al. (2021), en la terapia se utilizan dos estrategias importantes, el reforzamiento, para potenciar las conductas adaptativas, y el castigo, para disminuir o eliminar las conductas que intensifican el problema. Los mismos autores exponen que, de esa manera, se les enseña a los consultantes un repertorio de conductas que permiten promover relaciones funcionales.

En tercer lugar, se supone que dentro de este moldeamiento de conductas el terapeuta propicia el desarrollo de habilidades. Por ejemplo, se hace mención de las habilidades que son enseñadas en la terapia DBT:

*“(…) las habilidades en DBT, más o menos, son cuatro. Regulación emocional para cuando tienes que, más o menos, ponerle un número a tu emoción y a aprender a regularla. Mindfulness, el ser consciente de tu cuerpo, de cómo lo estás sintiendo o no etiquetar, no juzgar, tolerancia al malestar también. Aceptación radical que es justamente algo que no quiero que pase, pero puedo tolerarlo, aceptarlo poco a poco.” (Nuria, psicoterapeuta)*

Algunas terapias se enfocan a ofrecer habilidades que funcionan como moderadores en la problemática del paciente. Para complementar el segmento anterior, dentro de la DBT se sugieren cuatro habilidades esenciales: la mejora de la conciencia y la aceptación de las emociones, el control de la atención, la regulación emocional y la aplicación de estrategias de afrontamiento adaptativas (Ciurans-Barri, 2021). Boritz et al. (2017), considera que estos han sido los mecanismos de cambio con mayor evidencia en el caso de los pacientes con TLP. Igualmente, expone que una relación terapéutica sólida implica que el terapeuta ponga en práctica estas habilidades en la sesión para ejercer sus efectos sobre las conductas del paciente. Más allá de la terapia DBT, se entiende que la función del terapeuta implica enseñar y reforzar estas aptitudes que permitan la consecución de sus objetivos.

En cuarto lugar, es importante que el paciente comprenda el rol en su propio cambio. Como se expuso anteriormente, la eficacia de la terapia depende del interés, la motivación y la participación de ambas partes (Laudó, 2019). Es por ello que el terapeuta busca una retroalimentación activa por parte del paciente. Se pregunta abiertamente cómo se está sintiendo frente al proceso o cuál es su opinión sobre las técnicas aplicadas. Por ejemplo, se hace el siguiente comentario:

*“(...) a veces sí se lo digo directamente como “oye, mira, estoy intentando hacer esto, pero creo que no está funcionando, ¿qué tal si hacemos algo diferente?” Y si el paciente está de acuerdo, lo hacemos.” (Melissa, psicoterapeuta).*

Se interpreta que esta es una manera en la cuál los consultantes pueden tomar parte de la terapia. Es importante poner en la mesa si lo que está aplicando el terapeuta realmente está generando algún resultado, sino la intervención sería en vano. Gimeno et al. (2018) menciona que gracias a la monitorización y el feedback, recibida por el paciente, se puede aumentar las probabilidades de ofrecer una intervención eficaz al detectar patrones de estancamiento, así como episodios de alta sensibilidad que pueden conllevar al abandono del tratamiento. Se comprende que el terapeuta toma la opinión del paciente como parte esencial de la terapia e, incluso, busca hacérselo saber ya que implica la toma de conciencia de su responsabilidad en su propio cambio.

A partir de lo explicado, se interpreta lo siguiente. Se espera que el paciente, gracias a la terapia, adquiera un aprendizaje, una mejora o un cambio en su vida. Para que ello se dé, el terapeuta debe generar conciencia sobre el problema, así como ofrecer

habilidades para manejar el malestar. Es imperante que el terapeuta realice un moldeamiento de conductas adaptativas en base a la relación para que el paciente pueda replicarlo fuera de sesión. Se resalta que el terapeuta debe entender su función en la terapia y como sus respuestas pueden generar un impacto en el cambio del paciente. Asimismo, el consultante debe tener presente el rol en su propio cambio, para ello, el terapeuta busca una retroalimentación constante de su parte.

Se ha intentado plasmar toda la información transmitida por los entrevistados sobre el fenómeno estudiado con la finalidad de responder a los objetivos planteados. Sin embargo, no estuvo exento de limitaciones. En un principio, tras realizar una revisión inicial de la literatura, se elaboró una guía de preguntas más enfocada en obtener información sobre el malestar experimentado por los terapeutas en relación con su trabajo. Aunque estas preguntas fueron ajustándose a medida que avanzaba la entrevista, es posible que hayan contribuido a generar una perspectiva más pesimista del diagnóstico. En segundo lugar, no se ha cumplido con un criterio de rigor, el criterio de credibilidad. Ello supone que no se ha contrastado con los participantes de la investigación si la información plasmada en el trabajo es una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan o sienten respecto a su experiencia. En tercer lugar, la mayoría de los resultados se fundamentaron en la perspectiva de un modelo de terapia DBT. Esto se debió a que el marco teórico se construyó principalmente utilizando fuentes relacionadas con esta terapia, y la mayoría de los participantes seguían este enfoque. Por ello, la discusión podría tener una tendencia a responder bajo esta mirada.

Para finalizar este capítulo, es pertinente realizar algunas recomendaciones:

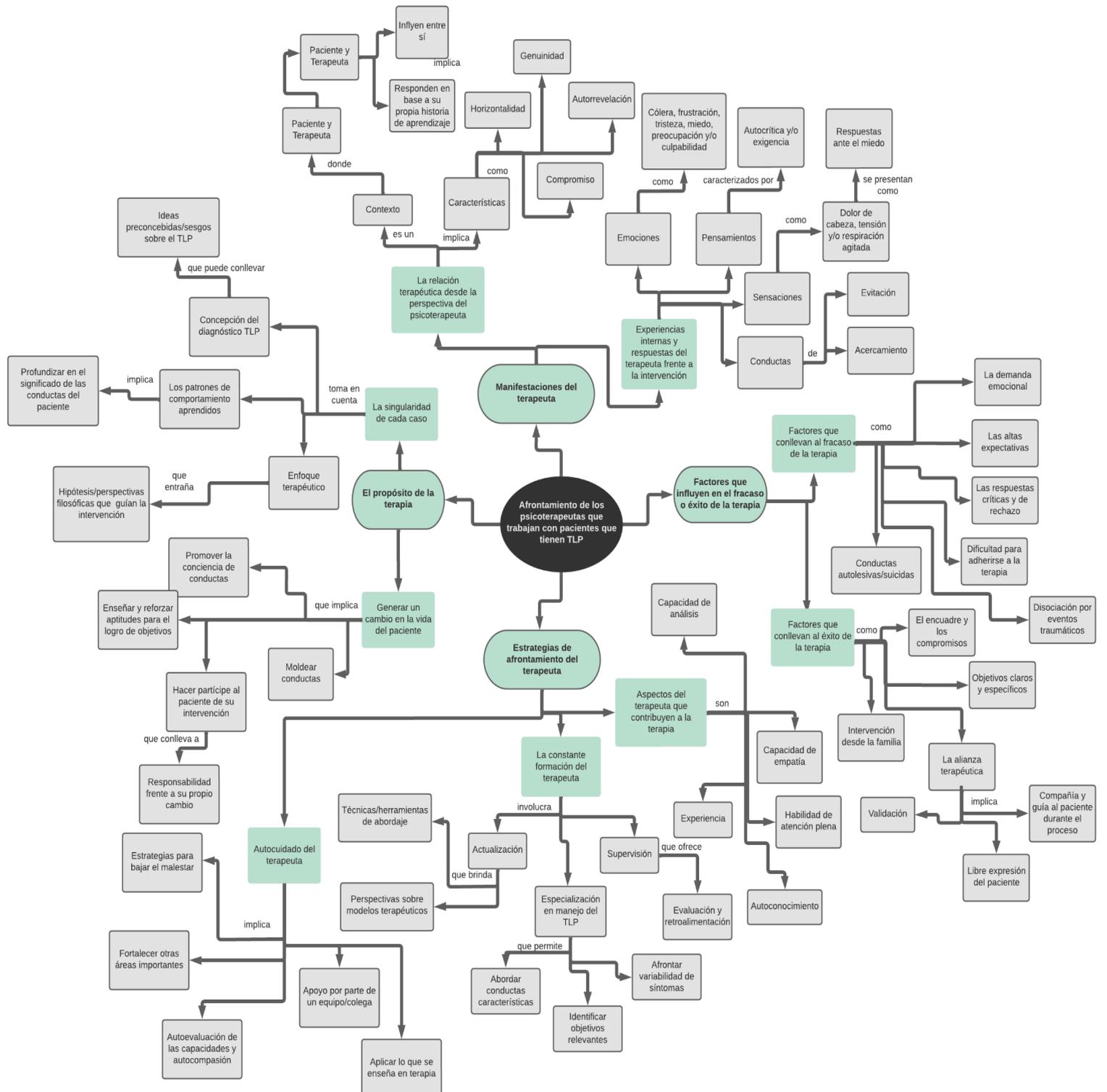
- Para futuras investigaciones relacionadas a esta temática, se recomienda diversificar la muestra de los participantes. No solo para conocer el manejo de terapeutas con diferentes niveles de experiencia, sino también para hacer comparaciones entre distintas modalidades y contextos terapéuticos.
- Sería pertinente realizar investigaciones con metodología mixta para explorar en profundidad las experiencias de los terapeutas, así como para cuantificar la prevalencia del trabajo. Esto permitirá encontrar patrones o tendencias contrastando con lo investigado de manera cualitativa.
- Sería valioso llevar a cabo investigaciones interdisciplinarias, no solo con el terapeuta sino también con todas las personas que participan en el abordaje de estos pacientes para obtener una visión más completa de los desafíos y el

afrontamiento involucrado. Ello implica considerar la influencia de otros contextos terapéuticos. Sería interesante incluir perspectivas de terapeutas que trabajen en instituciones clínicas para conocer cómo otros factores como el entorno laboral, la disponibilidad de recursos clínicos y el apoyo institucional influyen en la experiencia.

- Se recomienda realizar mayores estudios en cuanto al autocuidado de los terapeutas, especialmente en este grupo quienes han demostrado un alto grado de autoexigencia. Sería importante conocer qué características del terapeuta aumentan o disminuyen la presencia de este estrés prolongado y de qué manera pueden contrarrestarlo. Ello podría propiciar, tanto si se trabaja de manera individual o en una institución, el desarrollo de pautas y límites que promuevan y respalden este autocuidado.

Figura 3.1

Red de relaciones



## CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

En primer lugar, la presente investigación buscó identificar las manifestaciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales del psicoterapeuta, que surgen durante el proceso terapéutico con pacientes que tienen TLP. En cuanto a ello se concluye lo siguiente:

- Visto desde la perspectiva de los terapeutas, resulta crucial considerar la importancia de la relación entre el paciente y el terapeuta al abordar el proceso terapéutico. Esta debe ser utilizada a favor de la intervención y, por ello, es importante tener presente los aspectos que permiten potenciarla, como la horizontalidad, la genuinidad y la autorrevelación. Indudablemente, esta interacción conlleva a ciertas respuestas por parte del terapeuta dentro y fuera de sesión. Sin embargo, muchas de estas manifestaciones pueden generar un malestar significativo.
- En cuanto a estas respuestas, se ha encontrado lo siguiente. Las emociones que suelen manifestarse son la cólera, frustración, tristeza, miedo, desesperanza y/o culpabilidad con respecto a 4 situaciones: por conductas que interfieren con la terapia, por las vivencias traumáticas de los pacientes, por la presencia de conductas autolesivas o suicidas, y cuando no se obtienen los resultados deseados. En lo que respecta a los pensamientos, se identificó una alta autocrítica cuando no se ofrece la intervención “ideal” o cuando el paciente cuestiona al terapeuta o reprueba la terapia. Ello se traduce en una alta autoexigencia, aunque depende de cada terapeuta y su manera de concebir el rol como agente de cambio, así como si han tenido experiencias de rechazo y crítica previas. En cuanto a las sensaciones, se manifiestan respuestas físicas como dolor de cabeza, respiración agitada, tensión, cansancio, insomnio, contracción muscular, cefaleas y dolores estomacales. Sin embargo, estos generalmente surgen como una respuesta ante el miedo. Los participantes expresan que se presentan conductas impulsivas o defensivas ante comportamientos problemáticos del consultante. Cuando este se muestra con una postura de rechazo y/u ofensiva puede ocasionar en el terapeuta emociones y/o pensamientos de malestar que lo llevan a la búsqueda de la evitación. Sin embargo, los terapeutas dieron a entender que también se presentan conductas de acercamiento cuando se perciben avances en la terapia o como una postura de protección hacia al consultante.

En segundo lugar, se buscó identificar los factores que influyen en el éxito o fracaso de la terapia con pacientes con TLP, desde la perspectiva del psicoterapeuta. Con respecto a esto, se llegan a las siguientes conclusiones:

- Se resaltan algunos aspectos que pueden repercutir en la terapia, tanto de manera positiva como negativa. La demanda emocional, las altas expectativas, las respuestas críticas y de rechazo, la dificultad para la adherencia a la terapia, la disociación por el trauma y las conductas contra ellos mismos, puede manifestarse como una barrera para la terapia. Por el contrario, el establecimiento del encuadre, los compromisos y los objetivos de manera clara, la alianza terapéutica, la libre expresión del paciente, la validación y la intervención desde la familia, son aspectos que pueden conllevar al éxito de la terapia.

En tercer lugar, se buscó analizar el afrontamiento de los psicoterapeutas frente a la intervención del TLP que permita una intervención eficaz y genere un cambio significativo en el malestar de los pacientes:

- El terapeuta tiene un conjunto de recursos que se consideran relevantes para el manejo eficaz de las manifestaciones en sesión. Por ejemplo la capacidad de análisis para conceptualizar el caso a partir del análisis funcional, la capacidad de empatía para conectar con la experiencia del paciente, el mantenimiento de la atención plena y la reflexión de las experiencias internas y conductas, el autoconocimiento sobre la influencia de las conductas del paciente, el estilo de intervención y la experiencia que facilita el abordaje. El terapeuta puede respaldarse en sus estudios previos y en la constante formación. Es imprescindible que el terapeuta esté bajo supervisión de un colega más experimentado. Se debe tomar en cuenta que existen modelos terapéuticos con mayor evidencia para el manejo del TLP por lo que es importante que el terapeuta se especialice en estos si es que quiere trabajar con la población. El autocuidado del terapeuta es importante para realizar este trabajo. Implica ser autocompasivo, lo que conduce a una mayor aceptación de sus propias capacidades para intervenir y sobre lo inevitable en terapia. Asimismo, lo ideal es que reciba un soporte por parte de otros colegas, de un equipo o de un terapeuta propio. En especial, se enfatiza en que el terapeuta debe cultivar otros intereses y ámbitos de la vida significativos.

Adicionalmente, se quiere enfatizar en lo siguiente:

- Existe un grupo de psicoterapeutas que tienen una concepción del diagnóstico TLP como muy difícil de tratar. Sin embargo, quienes han ganado experiencia y se muestran interesados en este trabajo, entienden que existen varios aspectos involucrados tanto del paciente, como del contexto y del mismo terapeuta que influyen en la terapia. Esto implica que cada caso tiene sus propias particularidades que lo hacen más o menos complicado. El mismo trastorno puede significar dos historias totalmente distintas, así como dos historias parecidas pueden desembocar en variadas afecciones.
- De ahí proviene la importancia de profundizar en el significado o en la función de las conductas del paciente que mantienen el malestar actual. Al entender todos los aspectos involucrados, el terapeuta desarrolla una postura comprensiva frente al proceso de cambio del paciente. Es imperativo basarse en un enfoque donde se resaltan los procesos involucrados en cada caso más que en criterios o etiquetas diagnósticas. Asimismo, esto se encuentra relacionado con el enfoque al cuál se ciñe el terapeuta ya que ofrece una perspectiva sobre los componentes que conforman el problema y de qué manera se puede abordar.
- Se espera que el consultante, gracias a la terapia, adquiera un aprendizaje, una mejora o un cambio en su vida. Para que ello se dé, el terapeuta ofrece una serie de conocimientos y habilidades al paciente que permitirán dirigirlo hacia el cambio y, en consecuencia, hacia los aspectos valiosos en su vida. Esto implica que el terapeuta entienda cuál es su función en la terapia y cómo pueden generar un impacto en el cambio del paciente.

## REFERENCIAS

- Albarrán, S., Alva, P., Correa, M., De la Cruz, E., & Ramírez, T. (2021). El límite de Marsha: terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad. *Journal of Neuroscience and Public Health*, 1(1), 5-11.  
<https://www.trastornolimitado.com/images/stories/pdf/tdc-para-el-tp.pdf>
- Alberdi, I. (2020). Conducta suicida y trastorno límite de la personalidad. En J. Giner, M.J. Moreno y L. Giner (Eds.). *Clínica y consecuencias de la conducta suicida en el adulto joven* (pp. 81-89). Encuentros en Psiquiatría.
- Allgood, M. G. (2022). *The role of adherence in DBT consultation teams: recognizing and preventing burnout in therapists* [Tesis doctoral, Xavier University]. Repositorio institucional de Xavier University.  
[http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc\\_num=xuppsy166552485474418](http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=xuppsy166552485474418)
- Álvarez, H. (2019). Terapias contextuales. Una propuesta clínica desde una perspectiva post-skinneriana. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 42-57.  
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/70150>
- Arias-Castrillón, J., & Restrepo-Orrego, J. (2022). *El encuadre en psicoterapia: Similitudes y diferencias entre las diferentes psicoterapias* [Tesis de doctorado, Unilasallista Corporación Universitaria]. Repositorio institucional de la Unilasallista Corporación Universitaria.  
<http://hdl.handle.net/10567/3360>
- Aron, E. (2010). *Psychotherapy and the highly sensitive person: improving outcomes for that minority of people who are the majority of clients*. Routledge.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2001). American Psychiatric Association Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 10, 1-52.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11665545/>
- Aznar, M. (2022). La acreditación de la psicoterapia en España hoy. *Revista Clínica Contemporánea*, 13(17), 1-6.  
<https://doi.org/10.5093/cc2022a15>
- Baer, R. (2019). Assessment of mindfulness by self-report. *Current Opinion in Psychology*, 28, 42-48.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.10.015>
- Baier, A., Kline, A., & Feeny, N. (2020). Therapeutic alliance as a mediator of change: A systematic review and evaluation of research. *Clinical Psychology Review*, 82.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101921>
- Barzilay, S., Yaseen, Z., Hawes, M., Gorman, B., Altman, R., Foster, A., Apter, A., Rosenfield, P., & Galynker, I. (2018). Emotional Responses to Suicidal Patients: Factor Structure, Construct, and Predictive Validity of the Therapist Response Questionnaire-Suicide Form. *Front Psychiatry*, 9(104), 1-2

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00104>

- Beck, J. S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to Do When the Basics Don't Work*. Guilford Press.
- Bedics, J., Atkins, D., Comtois, K., & Linehan M. (2015). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus non behavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 66-77.  
<https://doi.org/10.1037/a0026113>
- Bennet, J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 62*, 133-145.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.08.004>
- Benlloch, S. (2020). Teoría del apego en la práctica clínica: revisión teórica y recomendaciones. *Revista de Psicoterapia, 31*(116), 169-189.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.348>
- Bhola, P., & Mherota, K. (2021). Associations between countertransference reactions towards patients with borderline personality disorder and therapist experience levels and mentalization ability. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 43*(2), 116-125  
<http://dx.doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0025>
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252-260.  
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Boritz, T., Zeifman, R. J., & McMain, S. F. (2017). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy. En M. A. Swales (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy*. Oxford University Press.
- Burbridge-James, W. (2019). How can transference-focused psychotherapy (TFP) help general psychiatrists working with patients with borderline personality disorder? *BJPsych Advances, 25*(4), 237-239.  
<http://dx.doi.org/10.1192/bja.2019.20>
- Byrne, G., & Egan, J. (2018). A review of the effectiveness and mechanisms of change for three psychological interventions for borderline personality disorder. *Clinical Social Work Journal, 46*, 174-186.  
<https://doi.org/10.1007/s10615-018-0652-y>
- Campo, M. (2021). Concepción de la psicoterapia. Aproximación cualitativa desde la teoría fundamentada. *Revista Colombiana de Psicología, 30*(1), 47-62.  
<https://doi.org/10.15446/rcp.v30n1.78535>
- Cano, C. (2021). Eficacia de la terapia dialéctica comportamental para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. *Revista Científica de Ciencia y Salud, 3*(2) 126-135.  
<https://doi.org/10.53732/rcsalud/03.02.2021.126>

- Carson-Wong, A., Hughes, C., & Rizvi, S. (2018). The effect of therapist use of validation strategies on change in client emotion in individual dbt treatment sessions. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(2), 165–171.  
<https://doi.org/10.1037/per0000229>
- Casari, L., Ison, M., & Gómez, B. (2018). Estilo personal del terapeuta: Estado actual (1998-2017). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(3), 466-477.  
<https://dx.doi.org/10.24205/03276716.2018.1082>
- Ciurans-Barri, J. (2021). *La efectividad de las habilidades centrales de la terapia dialéctica conductual y los mecanismos de cambio en individuos con trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática* [Tesis de maestría, Universidad Central de Catalunya]. Repositorio institucional de la Universidad Central de Catalunya.  
<http://hdl.handle.net/10854/6887>
- Chapman, A. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1143-1156.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000658>
- Corbella, S. (2019). El estilo personal del terapeuta y la alianza terapéutica. En H. Fernández-Álvarez y F. García (Ed.), *El estilo personal del terapeuta* (pp. 57-90). Editorial Polemos.
- Corbella, S. (2020). El psicoterapeuta en el proceso terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 91-103.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.409>
- Creswell, J., & Poth, C. (2018). *Qualitative inquiry. Research design*. Sage.
- D'Ascenzo, I., Vilaregut, A., Álvarez, G., Bodas, M., Elias, M., Ureña, I., & Yagüe, R. (2019). Construcción de la alianza terapéutica en un caso de terapia familiar con un miembro con Trastorno Límite de la Personalidad. *Anuario de Psicología*, 49(2), 57-71.  
<https://doi.org/10.1344/anpsic2019.49.7>
- Diaz, M.S., González, M., & Kaucher, M.B. (2021). *La importancia del autocuidado en psicoterapeutas desde una perspectiva conductual contextual en tiempos de pandemia: desgaste por empatía y burn out* [Presentación de paper]. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires, Argentina.  
<https://www.aacademica.org/000-012/653>
- Dimaggio, G., Maillard, P., MacBeth, A., & Kramer, U. (2019). Effects of therapeutic alliance and metacognition on outcome in a brief psychological treatment for borderline personality disorder. *Psychiatry*, 82(2), 143-157.  
<https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1610295>
- Dimeff, L., & Linehan, M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2), 39-47.  
<https://doi.org/10.1151/ascp084239>

- Drago-Villarán, V.M. (2020). *Reducción de conductas que atentan contra la vida en adolescentes con la terapia dialéctico conductual* [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima], Repositorio institucional de la Universidad de Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/12116>
- Ehrental, J., Levy, K., Scott, L., & Granger, D. (2018). Attachment-related regulatory processes moderate the impact of adverse childhood experiences on stress reaction in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32, 93-114. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.suppl.93>
- Elliot, R., Bohart, A., Watson, J., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399-410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Espinosa-Landaure, P.M. (2023). *“Vivir al borde”: narrativas y experiencias de mujeres jóvenes diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio institucional de la Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/25356>
- Espinoza, M.C. (29 de enero de 2020). *Muestreo en la investigación cualitativa* [Sesión de conferencia]. Universidad de Lima, Lima, Perú.
- Feinberg, M.E. (2020). *Borderline personality disorder: impact of countertransference management on therapist attitudes and burnout* (Publicación N° 27956333) [Tesis de doctorado, Alliant International]. ProQuest Central.
- Fernández, L. (2018). *Análisis de datos cualitativos: Análisis de contenido vs. Análisis narrativo*. Institut de Ciències de l'Educació. Universitat de Barcelona.
- Fernández, M.J. (5 - 6 de octubre de 2007). *Trastorno límite de la personalidad ¿límite de qué?* [Presentación de paper]. Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica “Oskar Pfister”, Segovia, España.
- Fischer, C., Cottin, M., Behn, A., Errázuriz, P., & Díaz, R. (2019). What makes a difficult patient so difficult? Examining the therapist's experience beyond patient characteristics. *Journal of Clinical Psychology*, 75(5), 898-911 <https://doi.org/10.1002/jclp.22765>
- Fischersworing, M. M. (2018). *Impacto subjetivo del éxito y fracaso terapéutico sobre las vivencias de bienestar/malestar del terapeuta* [Tesis de doctorado, Universidad de Chile]. Repositorio institucional de la Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/169468>
- Flores, G. (2018). Metodología para la Investigación Cualitativa Fenomenológica y/o Hermenéutica. *Revista Latinoamericana de Psicoterapia Existencial*, 17, 17-23. [https://www.researchgate.net/publication/329130473\\_Metodologia\\_para\\_la\\_Investigacion\\_Cualitativa\\_Fenomenologica\\_yo\\_Hermeneutica\\_Palabras\\_claves\\_Metodologia\\_para\\_la\\_Investigacion\\_Cualitativa\\_Fenomenologica\\_yo\\_Hermeneutica](https://www.researchgate.net/publication/329130473_Metodologia_para_la_Investigacion_Cualitativa_Fenomenologica_yo_Hermeneutica_Palabras_claves_Metodologia_para_la_Investigacion_Cualitativa_Fenomenologica_yo_Hermeneutica)

- Font, E. (2019). Trastorno límite de la Personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 192-212.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>
- Fossati, A., & Somma, A. (2018). Borderline personality disorder: an opportunity not to dismiss. *Psychopathology*, 51, 149-159.  
<https://doi.org/10.1159/000486603>
- Ford, J., & Courtois, C. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(16), 1-21.  
<https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
- Flückinger, C., Del Rey, A., Wampold, B. & Horvath, A. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340.  
<https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fuentes, E. (2019). Desgaste por empatía. Riesgos en el psicoterapeuta ante el trabajo con pacientes de estrés postraumático. *Entretextos*, 11(32), 1-10.  
<https://doi.org/10.59057/iberoleon.20075316.201932122>
- Gagliesi, P., & Argentino, D. (2015). Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad. *Revista Persona*, 7(1), 6-17.  
<https://www.fundacionforo.com/uploads/pdfs/archivo40.pdf>
- Gallegos, R., Flores, J., & Velásquez, B. (2020). *Grupos de autoconocimiento con estudiantes de psicología* [Presentación de paper]. I Congreso Internacional Virtual de Psicología, Educación Especial y Ciencias de la Salud, México.  
<https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2499>
- Geller, S., & Greenberg, L. (2012). *Therapeutic presence: a mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association.
- Gimeno, A., Barrio, A., & Prado, J. (2018). Monitorización sistemática y feedback. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 174-182.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77857281002>
- Gimeno, A., & Mateu, C. (2020). Hacia la evidencia basada en la práctica en psicoterapia. *Revista De Psicoterapia*, 31(117), 179-194.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.387>
- González, T., Pizarro, A., & Dufrey, M. (2022). Rupturas y resoluciones de la alianza terapéutica en un caso de apego inseguro. *Revista de Psicología*, 31(1), 1-15.  
<https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2022.60312>
- Gunderson, J., Herpetz, S., Skodol, A., Torgersen, S., & Zanarini, M. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(18029).  
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- García, A., & Camus, A. (2021). Eficacia de un programa de intervención basado en la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *MLS Psychology Research*, 4(2).  
<https://doi.org/10.33000/mlspr.v4i2.704>

- Harned, M. (2016). *Treating trauma in dialectical behavior therapy: the DBT prolonged exposure protocol (DBT PE)*. Guilford Press.
- Hayes, S. C. (1993). *Analytic goals and the varieties of scientific contextualism*. Context Press.
- Hayes, J. A., McCracken, J. E., McClanahan, M. K., Hill, C. E., Harp, J. S., & Carozzoni, P. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology*, 45(4), 468–482. <https://doi-org.ezproxy.ulima.edu.pe/10.1037/0022-0167.45.4.468>
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2015). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y Práctica del Cambio Consciente (Mindfulness)*. Desclée De Brouwer.
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. (2022). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hernández, R., Fernández, C., & Batista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.a ed.). Mc Graw Hill Education.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Education.
- Hill, C., Knox, S., & Pinto-Coelho, K. (2018). Therapist self-disclosure and immediacy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 445–460. <https://doi.org/10.1037/pst0000182>
- Hofmann, S., & Hayes, S. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Howard, R., Berry, K., & Haddock, G. (2021). Therapeutic alliance in psychological therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 373-399. <https://doi.org/10.1002/cpp.2642>
- Hunt, C., Goodman, R., Hilert, A., Hurley, W., & Hill, C. (2021). A mindfulness-based compassion workshop and pre-session preparation to enhance therapist effectiveness in psychotherapy: A pilot study. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(3), 546-561. <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.1895724>
- Ibáñez, R., Vargas, F., & Mendoza, E. (2020). Importancia del análisis funcional como parte integral de la intervención psicoterapéutica en la terapia de la conducta. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(4), 1699-1712. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=98410>
- Iezzi, F. (2021). *Ruptura en la alianza terapéutica: modelos de intervención para su resolución* [Presentación de paper]. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-012/663>

- Jiménez, K. (2021). Ensayo sobre estrategias terapéuticas orientadas a la disminución de las conductas de evitación al reprocesamiento del trauma complejo. *Revista Cúpula*, 35(2), 23-40.  
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n2/art03.pdf>
- Johnson, S. (2019). *Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families*. Guilford Publications.
- Jolley, H. (2019). I'm human too: person-centered counselors lived experiences of therapist self-disclosure. *European Journal of Qualitative Research in Psychotherapy*, 9, 12-26.  
<https://ejqrp.org/index.php/ejqrp/article/view/54>
- Jopling, E., Khalid-Khan, S., Chandrakumar, S., & Segal, S. (2018). A retrospective chart review: Adolescents with borderline personality disorder, borderline personality traits, and controls. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 30(2), 1-9.  
<https://dx.doi.org/10.1515/ijamh-2016-0036>
- Kerman, B. (2020). *Psicoterapia de la antinomia a la complejidad complementaria. El modelo multidimensional*. Editoriales de Universidades Privadas.
- Krause-Utz, A. (2021). Stimulating research on childhood adversities, borderline personality disorder, and complex post-traumatic stress disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(11), 1-3.  
<https://doi.org/10.1186/s40479-021-00152-y>
- Koekkoek, B., Van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795-802.  
<http://doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.795>
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2007). *Psicoterapia Analítica Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Colección Ciencia Biomédica. Universidad de Málaga.
- Kolden, G., Wang, C., Austin, S., Chang, Y., & Klein, M. (2018). Congruence/genuineness: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 424-433.  
<https://doi.org/10.1037/pst0000162>
- Krug, O. (2019). Existential-humanistic and existential-integrative therapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(1), 33-54.  
<https://doi.org/10.1002/9781119167198.ch15>
- Laguna, V., Camón, R., Requejo, B., & Romera, A. (2019). Sobre el psicoanálisis y las psicoterapias de orientación psicoanalítica. *Apuntes De Psicología*, 37(1), 69-77.  
<https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/774>
- La Universidad de la Rioja. (19 de agosto de 2020). *¿Qué requisitos se necesitan para ser psicoterapeuta?*  
<https://www.unir.net/salud/revista/requisitos-ser-psicoterapeuta/>
- Laudo, I. (2019). Momentos de cambio en psicoterapia. *Temas de Psicoanálisis*, 17.

<http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2019/02/ISABEL-LAUDO.-Momentos-de-cambio-en-psicoterapia..pdf>

- Lazarus, A. (1992). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy*, 29(1), 11-20.
- Ley N.º 30702, Ley de Creación del Colegio de Psicólogos del Perú. (21 de diciembre de 2017).  
[https://cpsp.pe/documentos/marco\\_legal/decreto\\_ley\\_23019\\_ley\\_de\\_creacion\\_d\\_el\\_colegio.pdf](https://cpsp.pe/documentos/marco_legal/decreto_ley_23019_ley_de_creacion_d_el_colegio.pdf)
- Levi-Belz, Y., Barzilay, S., Levy, D., & David, O. (2020). To treat or not to treat: the effect of hypothetical patient's suicidal severity on therapist's willingness to treat. *Archives of Suicide Research*, 24(3), 355-366.  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1632233>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2003) *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós.
- Linehan, M.M. (2014). *DBT skills training manual*. Guildford Press.
- Linehan, M.M. (2020). *Building a life worth living: A memoir*. Random House.
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H., Korslund, K., Tutek, D., Reynolds, S., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- López, M.A., Ferro, R., Calvillo, M., & Valero, L. (2021). Importance of the Therapeutic Relationship: Efficacy of Functional Analytic Psychotherapy with Different Problems. *Clínica y Salud*, 32(3), 103-109.  
<https://doi.org/10.5093/clysa2020a32>
- Martin, S., Graziani, P., & Del-Monte, J. (2021). Insight's level in borderline personality disorder, questioning consciousness. *Journal of Affective Disorders Reports*, 3, 1-5.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100045>
- McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2017). *Manual práctico de terapia dialéctica conductual*. Desclée De Brouwer.
- Mehlum, L. (2021). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 89-93.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.017>
- Merriam, S., & Tisdell, E. (2015). *Qualitative research: a guide to design and implementation*. Jossey-Bass.

- Michalak, J., Crane, C., Germer, C., Gold, E., Heidenreich, T., Mander, J., Meibert, P., & Segal, Z. (2019). Principles for a Responsible Integration of Mindfulness in Individual Therapy. *Mindfulness*, 10, 799-811.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-019-01142-6>
- Michaud, L., Greenway, K., Corbeil, S., Bourquin, C., & Richard-Devantoy, S. (2021). Countertransference towards suicidal patients: a systematic review. *Current Psychology*.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01424-0>
- Miltenberg, R. (2015). *Behavior modification: principles and procedures*. Cengage Learning.
- Moe, F., & Thimm, J. (2021). Personal therapy and the personal therapist. *Nordic Psychology*, 73(1), 3-28.  
<https://doi.org/10.1080/19012276.2020.1762713>
- Morales, D. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología*, 26(2), 135-144.  
<https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1186/1131>
- Moreira, L. (2020). *Trastorno límite de la personalidad: dificultades y desafíos en el tratamiento terapéutico* [Tesis de licenciatura, Universidad de la República de Uruguay]. Repositorio institucional de la Universidad de la República de Uruguay.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/29321>
- Morera-Balaguer, J., Botella-Rico, J., Catalán-Matamoros, D., Martínez-Segura, O., Leal-Clavel, M., & Rodríguez-Nogueira, O. (2021). Patients' experience regarding therapeutic person-centered relationships in physiotherapy services: A qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 37(1), 17-27.  
<https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1603258>
- Moya, L. (2018). *La empatía*. Plataforma Editorial.
- Muller, R. (2018). *Trauma and the struggle to open up: from avoidance to recovery and growth*. W.W. Norton & Company.
- Muñoz, C. (2020). Función de la empatía en el trabajo de psicólogos y psicoterapeutas. *Revista Científica*, 5, 146-164.  
<https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2020.5.E.7.146-164>
- Nahum, D., Alfonso, C. & Sönmez, E. (2018). Common Factors in Psychotherapy. *Advances in Psychiatry*, 29, 471-481.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5\\_29](https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5_29)
- Nelson, J. Hall, B., Anderson, J., Birtles, C., & Hemming, L. (2018). Self-compassions as self-care: a simple and effective tool for counselor educators and counseling students. *Journal of Creativity in Mental Health*, 13(1), 121-133.  
<https://doi.org/10.1080/15401383.2017.1328292>

- Nelson, L.J. (2020). *Attitudes Among Psychologists Working with Borderline Personality Disorder* [Tesis de doctorado, Texas Woman's University]. Repositorio institucional de Texas Woman's University. <https://hdl.handle.net/11274/12607>
- Norcross, J., & VandenBos, G. (2018). *Leaving it at the office. A guide to psychotherapist self care*. The Guilford Press.
- Norcross, J., & Wampold, B. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Noreña, A.L. Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., & Rebolledo-Malpica, D (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.3.5>
- Olivera, J., Manubens, R., Challú, L., Brnich, M.P., & Roussos, A. (2018). Cómo valoran los pacientes la autorrevelación del terapeuta en sus tratamientos. Una investigación cualitativa. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 20(3), 61-79.
- Ortíz, C., & Marín, M. (2022). La psicoterapia analítica funcional. Un recorrido desde su origen hasta la actualidad. *Apuntes de Psicología*, 40(2), 87-95. <https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1321>
- Ovalle-Olave, A. (2022). *Conciencia interoceptiva y características del terapeuta* [Pontificia Universidad Católica de Chile, Tesis de maestría]. Repositorio institucional de la Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://repositorio.uc.cl/handle/11534/63662>
- Palmett, A.M. (2020). Métodos inductivo, deductivo y teoría de la pedagogía crítica. *Petroglifos. Revista Crítica Transdisciplinar* 3(1), 36-42. <https://petroglifosrevistacritica.org.ve/>
- Paris, J. (2019). Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina*, 55(6). <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>
- Pepper, S. (1970). *World hypotheses: A study in evidence*. University of California Press.
- Pérez, A., & Borda, M. (1997). Análisis topográfico y funcional en el marco de la terapia de conducta. *Psiquis*, 18(6), 259-270.
- Pérez, L., Parra, E., & Espinosa, I. (2018). *Introducción a la psicoterapia*. ECORFAN. [https://www.ecorfan.org/manuales/manuales\\_nayarit/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20Psicolog%C3%ADa%20V6.pdf](https://www.ecorfan.org/manuales/manuales_nayarit/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20Psicolog%C3%ADa%20V6.pdf)
- Pérez, M. (2022). Resguardos éticos de la investigación cualitativa en psicología. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 39(3), 1-16. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.10037>

- Perrota, G. (2020). Accepting change in psychotherapy from consciousness to awareness. *Addiction Research and Adolescent Behaviour*, 3(1).  
<https://doi.org/10.31579/2688-7517/018>
- Price, M., Arditi, R., Olezeski, C., & McMahon, T. (2019). Psychological Assessment and Treatment of Emerging Adults Exposed to Complex Trauma. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 4(3), 273-295.  
<https://doi.org/10.1080/23794925.2019.1618225>
- Proctor, J., Lawn, S., & McMahon, J. (2020). Consumer perspective from people with a diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) on BPD management— How are the Australian NHMRC BPD guidelines faring in practice? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 670-681.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12714>
- Putrino, N., Casari, L., Mesurado, B., & Etchevers, M. (2020). Psychotherapists' emotional and physiological reactions toward patients with either borderline personality disorder or depression. *Psychotherapy Research*, 30(7), 912-919.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1690176>
- Reilly, K. (2021). *A qualitative study of therapist's experiences of countertransference with borderline personality disorder* [Tesis doctoral, The University of Auckland]. Repositorio institucional de The University of Auckland.  
<https://hdl.handle.net/2292/57552>
- Rief, W. (2021). Moving from tradition-base to competence-based psychotherapy. *BMJ Mental Health*, 24(3), 115-120.  
<https://dx.doi.org/10.1136/ebmental-2020-300219>
- Ruiz, J.J., & Ruiz, I. (2018). Psicoterapia analítica funcional de grupo. *En qué se basa la FAP (PAF) y en qué aporta* (pp. 17- 58). Editorial Universidad de Almería.
- Russell, S., & Victoria, S. (2022). Exploring the emotional experiences and coping strategies of sustainability change agents. En Humphrey, R.H., Ashkanasy, N.M. and Troth, A.C. (Ed.), *Emotions and Negativity*. Emerald Publishing Limited.
- Ryan, E., & Oquendo, M. (2020). Suicide risk assessment and prevention: challenges and opportunities. *Focus*, 18(2), 88-99.  
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200011>
- Salsman, N. (2020). Dialectical behavior therapy for individuals with substance use problems: theoretical adaptations and empirical evidence. *Theory, Research and Evaluation*, 141-174.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816384-9.00007-5>
- Saysr, J. H., & Linehan, M. M. (2019). *DBT Teams: Development and Practice*. Guilford Publications.
- Schechter, M., Ronningstam, E., Herbstaman, B., & Goldblatt, M. (2019). Psychotherapy with suicidal patients: the integrative psychodynamic approach of the Boston Suicide Study Group. *Medicina*, 55(6), 303-310.  
<https://doi.org/10.3390/medicina55060303>

- Schuman, Z., Trombka, M., Lovas, D., Brewer, J., Vago, D., Gawande, R., Dunne, J., Lazar, S., Loucks, E., & Fulwiler, C. (2020). Mindfulness and behavior change. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(6), 371–394.  
<https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000277>
- Schwartz, A., & Knipe, J. (2017). *The complex PTSD workbook: a mind-body approach to regaining emotional control and becoming whole*. Althea Press.
- Shearin, E., & Linehan, M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 379, 61-68.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05820.x>
- Sociedad Clínica de Psicología. (2016). *Treatment target: Borderline personality disorder*.  
<https://div12.org/diagnosis/borderline-personality-disorder/>
- Teti, G., Boggiano, J.P., & Gagliesi, P. (2015). Terapia Dialéctico Conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 57-64.  
[https://www.researchgate.net/profile/German-Teti/publication/281519323\\_Dialectical-Behavior\\_Therapy\\_A\\_possible\\_treatment\\_for\\_patients\\_with\\_severe\\_disorders/links/5aac6be7a6fdcc1bc0b8d8d1/Dialectical-Behavior-Therapy-A-possible-treatment-for-patients-with-severe-disorders.pdf](https://www.researchgate.net/profile/German-Teti/publication/281519323_Dialectical-Behavior_Therapy_A_possible_treatment_for_patients_with_severe_disorders/links/5aac6be7a6fdcc1bc0b8d8d1/Dialectical-Behavior-Therapy-A-possible-treatment-for-patients-with-severe-disorders.pdf)
- Tishby, O. (2022). Countertransference - Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 32(1), 1-2.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1879404>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.  
[https://1drv.ms/w/s!AviIBRaPJDMRsErxwS7J\\_NuqPm1-?e=eJYhP](https://1drv.ms/w/s!AviIBRaPJDMRsErxwS7J_NuqPm1-?e=eJYhP)
- Ungaro, C. (5 de septiembre de 2022). *Establecer metas en terapia* [Sesión de conferencia]. Universidad de Lima, Lima, Perú.
- Valdivieso, G. (2020). Severidad clínica en trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 58(1), 2-15.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000100002>
- Vance, A. (2020). *Supervising role-related self-compassion. A qualitative study of the experiences of clinical supervisors* [Tesis de Maestría, University Ottawa]. Repositorio institucional de University Ottawa.  
<http://dx.doi.org/10.20381/ruor-25439>
- Van Dijk, S. (2013). *DBT made simple: a step-by-step guide to dialectical behavior therapy*. New Harbinger Publications.
- Velasco-Rodríguez, J. (2022). *Efectos psicoemocionales de la exposición profesional al sufrimiento humano: revisión sistemática y metaanálisis* [Tesis de Maestría,

Universidad de Córdoba]. Repositorio institucional de la Universidad de Córdoba.  
<http://hdl.handle.net/10396/22514>

- Vera-Varela, C., Giner, L., Baca, E., & Barrigón, M. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, 26(1), 1-6.  
<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.02.003>
- Vigo, C., & Sánchez, H. (2018). Antecedentes de abuso infantil asociado a conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite. *Acta Médica Orreguiana Hampi Runa*, 28(2), 127-135.  
<http://doi.org/10.22497/ActaMéd.OrreguianaHampiRuna.182.18215>
- Vigo-Novoa, C.K. (2019). *Antecedentes de abuso infantil asociado a conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio institucional de la Universidad Privada Antenor Orrego.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12759/4531>
- Wall, K., Kerr, S., & Sharp, C. (2021). Barriers to care for adolescents with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 54-60.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.028>
- Wilson, A; Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10, 979-995.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>
- Wilson, K., & Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide.
- Witt, K., Milner, A., Spittal, M., Hetrick, S., Robinson, J., Pirkis, J., & Carter, G. (2019). Population attributable risk of factors associated with the repetition of self-harm behaviour in young people presenting to clinical services: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry volume*, 28, 5-18.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1111-6>
- Worly, B., Verbeck, N., Walker, C., & Clinchot, D. (2018). Burnout, perceived stress, and empathic concern: differences in female and male millennial medical students. *Psychology, Health & Medicine*, 24(4), 429-438.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1529329>
- Young, J., Klosko, J., & Weisharr, M. (2013). *Terapia de esquemas: guía práctica*. Desclée De Brouwer
- Zimmerman, M (septiembre de 2022). *Trastorno de personalidad límite*. Manual MSD. Versión para profesionales.  
<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-lim%C3%ADtrofe-de-la-personalidad-tp>

Zohn, T., Gómez, E., & Enríquez, R. (2018). *Investigación en psicoterapia. Acercamientos y líneas de reflexión*. ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara.

# ANEXOS

## Anexo 1: Ficha de datos

### DATOS DEL PARTICIPANTE:

- Nombres y apellidos:
- Edad:
- Carrera:
- Ocupación:
- Años de experiencia en terapias:
- Corriente terapéutica:
- Lugar donde trabaja (público o privado):

## **Anexo 2: Guía de preguntas de entrevista**

### **Apartado 1: Manifestaciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales**

- ¿Cuáles son las emociones que surgen con más frecuencia frente a la intervención a estos pacientes?
- ¿Estas emociones se presentan antes, durante o después de las sesiones? ¿De qué manera?
- ¿Ha observado la presencia de pensamientos o juicios respecto a sí mismo, sobre su capacidad profesional o sobre la eficacia de la terapia mientras intervenía en sesión con pacientes TLP? ¿Ante qué situaciones surgen?
- ¿Durante las sesiones se presentan sensaciones físicas (p.e.: dolor de cabeza, tensión muscular, respiración acelerada, entre otros) que influyen en su actuar al trabajar con estos pacientes?
- Frente a estas emociones, pensamientos y sensaciones ¿alguna vez ha tenido una conducta que haya influenciado la intervención?
- Por la complejidad del trabajo con estos pacientes ¿existen actitudes que lo predisponen al pronóstico de fracaso o éxito de la terapia cuando asiste un nuevo consultante?
- ¿Considera que el trabajar con estas personas ha generado un malestar significativo en alguna área de su vida: relaciones interpersonales, hábitos de sueño, estado de salud física, entre otros? ¿Cómo se manifiesta?

### **Apartado 2: Competencias, habilidades y/o herramientas del psicoterapeuta.**

- ¿Qué es lo que hace para manejar estas emociones intensas o pensamientos negativos durante la sesión?
- ¿Qué tan importante considera en la terapia establecer una alianza terapéutica, tomando en cuenta este diagnóstico? ¿Utiliza estrategias específicas que permitan establecerla y mantenerla? ¿Cuáles son?
- ¿Cuáles cree que son los beneficios de la capacidad empática del terapeuta en el caso específico de estos pacientes?
- ¿Considera que ha desarrollado su capacidad de análisis y reflexión sobre sus propios estados internos (pensamientos, emociones, sensaciones, entre otros)? ¿De qué manera influye en su actuar como terapeuta?
- ¿Cómo cree que contribuye esta competencia con el paciente que tiene TLP?

- ¿Ha realizado alguna capacitación o especialización en cuanto a pacientes con TLP o que son complejos de tratar?
- De ser así ¿considera que ha contribuido con su trabajo como terapeuta?
- ¿Se necesita abordar de una manera específica la sintomatología más complicada de este trastorno, como los síntomas disociativos, la desregulación emocional, la impulsividad y las conductas autolesivas/suicidas? ¿De qué manera? (Es difícil trabajar estos síntomas para el terapeuta)
- ¿Podría hacer una comparación entre el manejo de la terapia cuando comenzó trabajar y cómo la realiza en la actualidad?
- ¿Considera que existe otra competencia, estrategia y/o herramienta que sería importante conocer o desarrollar para manejar de manera más eficaz la interacción con estos pacientes así como las manifestaciones que puede conllevar?

### Anexo 3: Formato de validación entregado a los jueces

Señor (a) Especialista,

Se le solicita colaborar en el proceso de valoración de la guía de preguntas de la investigación **AFRONTAMIENTO DE LOS PSICOTERAPEUTAS QUE TRABAJAN CON PACIENTES QUE TIENEN TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE (TLP)**.

A través de la presente guía de preguntas se busca alcanzar los siguientes objetivos:

- Identificar las manifestaciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales del psicoterapeuta, que surgen durante las sesiones terapéuticas con pacientes que tienen TLP.
- Identificar las competencias y/o estrategias del psicoterapeuta para afrontar los efectos emocionales, cognitivos, físicos y conductuales que supone la exposición prolongada a este trabajo.
- Describir el proceso de afrontamiento de los profesionales de la salud en el trabajo psicoterapéutico con pacientes que tienen TLP.

A continuación, se resumen los principales aspectos que se tendrán en cuenta para determinar en el proceso de validación del instrumento.

<b>Objetivos de la validación</b>	-Evaluar la pertinencia de las áreas temáticas presentadas -Evaluar la redacción de las preguntas. -Evaluar el contenido de las preguntas. -Brindar observaciones de mejora, de acuerdo a su experiencia dentro del ámbito de la práctica sobre <b>psicología clínica</b> .
<b>Expertos</b>	-Tres especialistas vinculados a la temática de <b>psicoterapia</b> .
<b>Modo de validación</b>	Optimizar los criterios de rigor metodológico de la investigación cualitativa <u>Método individual</u> : Cada experto responde al documento y proporciona sus valoraciones en base a los criterios solicitados.

La guía propuesta ayudará a que se pueda realizar la entrevista semi-estructurada a profundidad.

Se le presentarán **15** preguntas agrupadas de acuerdo a las siguientes áreas temáticas: **Manifestaciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales; Competencias y/o estrategias del psicoterapeuta; y Proceso de afrontamiento frente al trabajo con pacientes TLP**. Estas deberán ser valoradas de acuerdo a los siguientes criterios:

<b>1: Área/ Pregunta muy poco aceptable</b>	<b>2: Área/Pregunta poco aceptable</b>	<b>3: Área/Pregunta regularmente aceptable</b>	<b>4: Área/Pregunta aceptable</b>	<b>5: Área/Pregunta muy aceptable</b>
---	--	--	---------------------------------------	---

En el caso de considerar que alguna pregunta es poco o muy poco aceptable para lograr los objetivos planteados se le invita a indicar la razón o su duda en la casilla de “Observaciones”.

### DOCUMENTO DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

Valore las siguientes áreas y preguntas:

<b>1: Área/ Pregunta muy poco aceptable</b>	<b>2: Área/Pregunta poco aceptable</b>	<b>3: Área/Pregunta regularmente aceptable</b>	<b>4: Área/Pregunta aceptable</b>	<b>5: Área/Pregunta muy aceptable</b>
---	--	--	---------------------------------------	---

Manifestaciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
<b>1</b>	¿Cuántos años de experiencia tiene trabajando como psicoterapeuta de personas que tienen trastorno límite de la personalidad?						
<b>2</b>	¿Qué emociones son las que más se presentan durante la intervención a estos pacientes? ¿Estas emociones se prolongan hasta pasada la sesión? ¿Y se presentan antes de las sesiones?						
<b>3</b>	¿Considera que ha desarrollado pensamientos negativos respecto a sí mismo, sobre su capacidad profesional						

	o sobre la eficacia de la terapia?						
4	¿Cómo reacciona ante comentarios negativos o que conllevan emociones intensas o pensamientos que causan malestar?						
5	¿Durante las sesiones se presentan sensaciones físicas que influyen en su actuar al trabajar con estos pacientes?						
6	¿Qué conductas adopta cuando surgen emociones intensas o pensamientos negativos durante la sesión?						
7	¿El trabajar con estas personas ha generado un malestar significativo en alguna área de su vida: relaciones interpersonales, hábitos de sueño, estado de salud física, entre otros.?¿Cómo se manifiesta?						

Competencias y/o estrategias del psicoterapeuta	Valoración					Observaciones	
	1	2	3	4	5		
1	¿Cómo aborda la sintomatología más complicada de este trastorno: el apego desorganizado, el trauma complejo y las						

	conductas autolesivas/suicidas?						
2	¿Qué tan importante considera en la terapia establecer una alianza terapéutica, tomando en cuenta este diagnóstico? ¿Utiliza estrategias específicas que permitan establecer una alianza terapéutica con estos pacientes? ¿Cuáles son?						
3	Se conoce que la capacidad de empatía es beneficiosa para establecer una alianza terapéutica ¿De qué manera contribuye de manera específica en el tratamiento a estos pacientes? ¿Cómo la aplica durante las sesiones? ¿En qué ocasiones es más relevante utilizarla?						
4	¿Considera que ha desarrollado su capacidad de análisis y reflexión sobre sus propios estados internos (pensamientos, emociones, sensaciones, entre otros)? ¿De qué manera influyen en su						

	actuar como terapeuta?¿Cómo cree que contribuye con el paciente que tiene TLP?						
5	¿Cómo percibe el trabajo con estos pacientes? Cuando asiste un consultante nuevo a terapia ¿predispone ciertas actitudes en cuanto al pronóstico o éxito de la terapia?						
6	¿Ha realizado alguna capacitación o especialización en cuanto a pacientes con TLP o que son complejos de tratar?¿Considera que ha sido de ayuda?¿Podría hacer una comparación entre el manejo de la terapia cuando comenzó trabajar y cómo la realiza en la actualidad?						
7	¿Considera que existe otra competencia y/o estrategia que sería importante conocer o desarrollar para manejar de manera más eficaz la interacción con estos pacientes así como las manifestaciones que puede conllevar?						

Proceso de afrontamiento frente al trabajo con pacientes TLP		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Existen formas de afrontar de manera más eficaz la terapia con pacientes TLP? ¿Podría hacer una breve descripción de estas?						

---

Firma de especialista

## Anexo 4: Consentimiento informado

Mi nombre es Stefania Antonella Matto Cobeña, estudiante de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima identificado con código 20170915. Actualmente estoy realizando un trabajo de investigación como parte del curso de Seminario de Investigación II bajo la supervisión del profesor Fernando Rosario. La investigación tiene como finalidad identificar el afrontamiento de los terapeutas que trabajan con pacientes con trastorno límite de la personalidad ante el malestar que surge por la complejidad de su sintomatología.

Dado que usted cumple con las características requeridas para participar en este estudio, lo invito a ser parte del mismo. Si usted acepta le solicitaré participar de una entrevista la cuál durará aproximadamente entre 45 minutos y 1 hora. Además, se compromete a proporcionar toda la información solicitada de forma honesta. Si usted tiene dudas podrá hacer preguntas en cualquier momento de este proceso de investigación. Igualmente, si siente alguna incomodidad durante su participación, puede informarlo al investigador para recibir orientación o retirarse, sin que ello lo perjudique de ninguna forma.

La información recolectada durante esta investigación se usará sólo con fines académicos. Se solicitará la grabación de la entrevista con el propósito de facilitar el análisis de la información. Asimismo se recalca el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos recabados. No se dará una devolución de datos por la naturaleza de la investigación.

Para cualquier información adicional o consulta relacionada con su participación en este proceso, puede comunicarse con el docente responsable al correo electrónico [frosario@ulima.edu.pe](mailto:frosario@ulima.edu.pe)

De estar conforme con su participación, por favor llene, firme y entregue el siguiente consentimiento informado.

Lima, XX de septiembre de 2022

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

## Anexo 5: Libro de códigos

<b>CATEGORÍA ANALÍTICA</b>	<b>SUBCATEGORÍA</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Manifestaciones del terapeuta</b>	Experiencias internas y respuestas del terapeuta frente a la intervención	A partir de la interacción con su paciente pueden surgir diferentes manifestaciones tanto a nivel emocional, cognitivo, fisiológico y conductual. En primera instancia, el terapeuta presenta emociones como tristeza, por las vivencias difíciles del paciente; cólera y frustración, por la complejidad del proceso terapéutico; y miedo, por el abordaje de conductas suicidas. En el caso de las cogniciones, el terapeuta suele ser muy crítico respecto a sí mismo y cómo maneja la terapia por trabajar con un paciente con mucha vulnerabilidad, por lo que durante la terapia el diálogo interno puede complicar la intervención. En cuanto a las reacciones físicas, se manifiesta la respiración agitada, dolores de cabeza, palpitaciones, tensión muscular, entre otros; pero no se presentan en todos los terapeutas, algunos tienden a somatizar más. Por último, al tener estos pensamientos, emociones y sensaciones, el terapeuta puede verse influenciado y reaccionar de una manera impulsiva o defensiva para evitar el malestar que supone el

		trabajo.
	La relación terapéutica desde la perspectiva del psicoterapeuta	La relación terapéutica, desde la perspectiva del terapeuta, debe ser entendida como un sistema relacional en el cuál tanto terapeuta como paciente generan un impacto entre sí. El paciente se relaciona con el terapeuta de la misma manera que lo hace en su contexto y se crean expectativas sobre la terapia a partir de aprendizajes previos. Asimismo, el terapeuta maneja la terapia no sólo en base a su formación, sino también influenciado por su historia, su propia forma de afrontar el malestar y su percepción sobre la responsabilidad de la vida del paciente. Pero lo esencial, es que el terapeuta se muestre totalmente genuino con su paciente, abierto en lo que siente y piensa, con el objetivo de crear una relación de horizontalidad, en la cual tanto terapeuta y paciente tienen un rol necesario.
<b>Factores que influyen en el fracaso o éxito de la terapia</b>	Factores que conllevan al fracaso de la terapia	Los terapeutas concuerdan que el trabajo con los pacientes TLP indudablemente supone una cierta complejidad por las conductas que presentan, la variabilidad de los síntomas así como otros posibles diagnósticos. Se hace mención de una

		<p>demanda emocional, por sus antecedentes de trauma, el miedo al abandono o la inflexibilidad de pensamiento; la desregulación emocional, que conlleva a que presenten situaciones recurrentes de crisis; y la imprevisibilidad de su comportamiento, que puede llevar al terapeuta a un estado de incertidumbre y alerta. Asimismo, les cuesta adherirse a la terapia y seguir la estructura, que puede repercutir en la motivación y compromiso. Además, el proceso del trabajo no se da de manera recta, pueden haber recaídas, estancamientos y abandono de la terapia. Es importante mencionar que es muy común que los pacientes TLP hayan tenido conflictos en sus vínculos primarios (familiares o sociales) en los cuáles se presentan historia de abandono, crítica, rechazo, negligencia, etc. Esto conlleva a que utilicen estrategias poco funcionales para relacionarse con su contexto actual, que se transmiten en la terapia.</p>
	<p>Factores que conllevan al éxito de la terapia</p>	<p>Existen algunos componentes característicos de la terapia que son importantes establecer, en especial en el caso de los pacientes TLP. En primer lugar, el encuadre debe ser establecido desde un principio y discutido con el</p>

		<p>paciente directamente, así como los compromisos que se llegan con el terapeuta. Se deben establecer los objetivos de manera clara y alineados a las metas y necesidades del paciente. La alianza terapéutica es esencial para el abordaje del caso; el terapeuta debe acompañar y guiar en todo el proceso, permitiendo la expresión libre del paciente y aplicando mucha validación e invalidación cuando sea el caso de moldear conductas, llegando a un equilibrio entre estos dos aspectos. Asimismo, es importante incluir a la familia en la intervención ya que ellos pueden cumplir roles de contención y moldeamiento de la conducta en contextos fuera de sesión.</p>
<p><b>Estrategias de afrontamiento del terapeuta</b></p>	<p>Aspectos del terapeuta que contribuyen a la terapia</p>	<p>El terapeuta desarrolla ciertas capacidades y habilidades, así como tiene ciertas herramientas que contribuyen en su intervención. Por ejemplo, la capacidad de análisis para conceptualizar el caso, el identificar patrones conductuales en base a antecedentes, predisponentes, vulnerabilidades, consecuencias, etc.; esto es esencial, sin esa información el terapeuta no puede identificar el origen del problema. En cuanto al establecimiento de la alianza terapéutica, el terapeuta aplica mucha</p>

		<p>empatía con el objetivo de crear un espacio de confianza para la expresión y libre de juicios, así como realmente conectarse con el sentir del paciente. Especialmente se hace mención de la autenticidad del terapeuta y el ser sincero sobre lo que piensa/siente, que finalmente funciona como un modelo para el paciente sobre cómo relacionarse con los demás. Asimismo, se plantean varias habilidades para bajar el malestar en sesión y realmente conectar con el paciente, como por ejemplo el exponerse a lo que el paciente me hace sentir o pensar, o el aplicar estrategias y herramientas para mantener la atención plena en lo que pasa en sesión. Además, a partir de la experiencia y el autoconocimiento, el terapeuta gana mayor soltura en la intervención, flexibilidad para adaptar su terapia y logra identificar cuál es su estilo de abordaje.</p>
	<p>La constante formación del terapeuta</p>	<p>Es importante que el terapeuta tenga una formación integral, que conozca las bases del comportamiento humano así como todo lo que está asociado a la salud mental y el abordaje en distintos casos. Por ello, el profesional debe actualizarse de manera frecuente, leer, investigar, aplicar, etc.; tener un repertorio de técnicas y estrategias que</p>

		<p>flexibilicen el abordaje, así como supervisarse constantemente. También se recomienda poner en práctica sus habilidades, en especial su capacidad de análisis, en distintos contextos y con una variedad de consultantes. Asimismo es necesario que el terapeuta haya realizado algún curso o formación en abordaje con pacientes TLP; existen terapias con mayor evidencia sobre su efectividad en el manejo de este trastorno, especialmente en lo que respecta al manejo de crisis y desregulación emocional.</p>
	<p>Autocuidado del terapeuta</p>	<p>El terapeuta presenta un conjunto de habilidades y herramientas que le permiten cuidar su bienestar, ya que indudablemente, el trabajo con los pacientes TLP puede ser muy complejo y agotador. Asimismo, puede recibir soporte por parte de otros colegas, de un equipo o de un terapeuta propio. Más allá de ser terapeuta, es una persona que también siente y se cansa, que tiene otros intereses y ámbitos de la vida que quiere preservar. Debe ser sincero consigo mismo de hasta dónde puede llegar y aceptar que la intervención no siempre se dará como quiere porque hay muchas variables involucradas</p>

<b>El propósito de la terapia</b>	La singularidad de cada caso	La sociedad concibe el trastorno TLP como uno de los diagnósticos más complejos, por lo que se ha generado un miedo y rechazo frente al trabajo con estos pacientes. Sin embargo, es importante no considerar el diagnóstico como un determinante ya que no en todos los casos se van a presentar los mismos criterios. Se debe tener en cuenta que cada paciente es totalmente singular, con historias y estrategias de afrontamiento distintas. El terapeuta debe mostrarse curioso y muy reflexivo sobre los patrones de conducta aprendidos que dan sentido al comportamiento actual del paciente con el objetivo de comprender realmente la complejidad de la problemática. Al entender ello, la actitud frente a su proceso demuestra una mayor comprensión por la lucha constante con sus pensamientos y emociones tan reforzados por el contexto. Asimismo, esto se encuentra relacionado con la base, enfoque o filosofía a la cuál se ciñe el terapeuta, ya que esta ofrece una perspectiva sobre los componentes que conforman el problema y de qué manera se puede abordar.
	Generar un cambio en la vida del paciente	Se espera que el paciente, gracias a la terapia, adquiera un aprendizaje, una

		<p>mejora o un cambio en su vida, el cumplimiento de objetivos planteados. Para que ello se dé, el terapeuta debe generar conciencia sobre el problema, así como ofrecer habilidades para manejar el malestar y conducir a conductas dirigidas al cambio. Es importante que el terapeuta realice un moldeamiento de conductas adaptativas en sesión, refuerzos y castigos, para que el paciente pueda replicarlo fuera de sesión. Asimismo, el paciente debe comprender el rol en su propio cambio, buscando una retroalimentación constante.</p>
--	--	---



## Anexo 6: Definiciones de categorías y subcategorías

### Experiencia de los psicoterapeutas que trabajan con pacientes con trastorno de personalidad límite

CATEGORÍAS ANALÍTICAS	DESCRIPCIÓN DE LA CATEGORÍA ANALÍTICA	SUB CATEGORÍAS	DESCRIPCIÓN DE LA SUB CATEGORÍA
<b>Manifestaciones del terapeuta</b>	Debemos entender el espacio de terapia como un contexto en el cual tanto terapeuta como paciente interactúan en base a sus propias historias de vida y rasgos de personalidad, y en el cuál uno influye en la conducta del otro. El terapeuta realiza su intervención con el objetivo de generar cambios en patrones conductuales desadaptativos de su paciente, pero este responde y hace frente a su malestar como ha aprendido de su entorno, de manera impredecible, impulsiva, evitativa, etc. (dependiendo de cada caso). Ello, en consecuencia, manifiesta en el terapeuta una serie de respuestas emocionales, cognitivas, físicas y conductuales como una manera de afrontar lo que le genera su paciente.	<b>La relación terapéutica desde la perspectiva del psicoterapeuta</b>	La relación terapéutica, desde la perspectiva del terapeuta, debe ser entendida como un sistema relacional en el cuál tanto terapeuta como paciente generan un impacto entre sí. El paciente se relaciona con el terapeuta de la misma manera que lo hace en su contexto y se crean expectativas sobre la terapia a partir de aprendizajes previos. Asimismo, el terapeuta maneja la terapia no sólo en base a su formación, sino también influenciado por su historia, su propia forma de afrontar el malestar y su percepción sobre la responsabilidad de la vida del paciente. Pero lo esencial, es que el terapeuta se muestre totalmente genuino con su paciente, abierto en lo que siente y piensa, con el objetivo de crear una relación de horizontalidad, en la cual tanto terapeuta y paciente tienen un rol necesario.
		<b>Experiencias internas y respuestas del terapeuta frente a la</b>	A partir de la interacción con su paciente pueden surgir diferentes manifestaciones tanto a nivel emocional, cognitivo, fisiológico y conductual. En primera

		<b>intervención</b>	<p>instancia, el terapeuta presenta emociones como tristeza, por las vivencias difíciles del paciente; cólera y frustración, por la complejidad del proceso terapéutico; y miedo, por el abordaje de conductas suicidas. En el caso de las cogniciones, el terapeuta suele ser muy crítico respecto a sí mismo y cómo maneja la terapia por trabajar con un paciente con mucha vulnerabilidad, por lo que durante la terapia el diálogo interno puede complicar la intervención. En cuanto a las reacciones físicas, se manifiesta la respiración agitada, dolores de cabeza, palpitaciones, tensión muscular, entre otros; pero no se presentan en todos los terapeutas, algunos tienden a somatizar más. Por último, al tener estos pensamientos, emociones y sensaciones, el terapeuta puede verse influenciado y reaccionar de una manera impulsiva o defensiva para evitar el malestar que supone el trabajo.</p>
<b>Factores que influyen en el fracaso o éxito de la terapia</b>	Desde la perspectiva de los psicoterapeutas, el trabajar con pacientes TLP puede ser complejo y desgastante por la sintomatología característica pero, a la vez, por la diversidad de conductas entre cada consultante y la presencia de otros componentes relevantes que intervienen en la terapia. A partir de	<b>Factores que conllevan al fracaso de la terapia</b>	Los terapeutas concuerdan que el trabajo con los pacientes TLP indudablemente supone una cierta complejidad por las conductas que presentan, la variabilidad de los síntomas así como otros posibles diagnósticos. Se hace mención de una demanda emocional, por sus antecedentes de trauma, el miedo al abandono o la inflexibilidad de pensamiento; la desregulación emocional, que conlleva a que

	<p>ello, los terapeutas identifican factores, tanto internos como externos, que pueden conllevar al fracaso o éxito de la terapia. Por un lado, los factores relacionados al fracaso son la demanda emocional, las altas expectativas de la terapia y el terapeuta, las respuestas críticas y de rechazo, la dificultad para la adherencia a la terapia, la disociación por el trauma y las conductas contra ellos mismos. Por otro lado, los factores que promueven el éxito son la alianza terapéutica, el encuadre, los compromisos y/o acuerdos; la libre expresión del malestar del paciente, la constante validación de la experiencia, y la intervención desde la familia u otras personas cercanas.</p>		<p>presenten situaciones recurrentes de crisis; y la imprevisibilidad de su comportamiento, que puede llevar al terapeuta a un estado de incertidumbre y alerta. Asimismo, les cuesta adherirse a la terapia y seguir la estructura, que puede repercutir en la motivación y compromiso. Además, el proceso del trabajo no se da de manera recta, pueden haber recaídas, estancamientos y abandono de la terapia. Es importante mencionar que es muy común que los pacientes TLP hayan tenido conflictos en sus vínculos primarios (familiares o sociales) en los cuáles se presentan historia de abandono, crítica, rechazo, negligencia, etc. Esto conlleva a que utilicen estrategias poco funcionales para relacionarse con su contexto actual, que se transmiten en la terapia.</p>
		<p><b>Factores que conllevan al éxito de la terapia</b></p>	<p>Existen algunos componentes característicos de la terapia que son importantes establecer, en especial en el caso de los pacientes TLP. En primer lugar, el encuadre debe ser establecido desde un principio y discutido con el paciente directamente, así como los compromisos que se llegan con el terapeuta. Se deben establecer los objetivos de manera clara y alineados a las metas y necesidades del paciente. La alianza terapéutica es esencial para el abordaje del caso; el terapeuta debe acompañar y guiar en todo el</p>

			<p>proceso, permitiendo la libre expresión del paciente y aplicando mucha validación e invalidación cuando sea el caso de moldear conductas, llegando a un equilibrio entre estos dos aspectos. Asimismo, es importante incluir a la familia en la intervención ya que ellos pueden cumplir roles de contención y moldeamiento de la conducta en contextos fuera de sesión.</p>
<p><b>Estrategias de afrontamiento del terapeuta</b></p>	<p>A partir de estas manifestaciones por la interacción con el paciente, el terapeuta busca maneras de afrontar el malestar y generar una intervención más enfocada en su paciente. En primer lugar, el profesional fortalece sus propias capacidades y habilidades para identificar y entender la problemática de su paciente así como lidiar con las dificultades que se presentan en la sesión. En segundo lugar, a partir de su formación, el terapeuta puede enlazar sus conocimientos teóricos con la práctica, desarrollar nuevas habilidades, así como conocer maneras de intervenir novedosas y justificadas en base a la evidencia; es responsabilidad del profesional actualizarse constantemente ante la complejidad que supone la mente humana. En tercer</p>	<p><b>Aspectos del terapeuta que contribuyen a la terapia</b></p>	<p>El terapeuta desarrolla ciertas capacidades y habilidades, así como tiene ciertas herramientas que contribuyen en su intervención. Por ejemplo, la capacidad de análisis para conceptualizar el caso, el identificar patrones conductuales en base a antecedentes, predisponentes, vulnerabilidades, consecuencias, etc.; esto es esencial, sin esa información el terapeuta no puede identificar el origen del problema. En cuanto al establecimiento de la alianza terapéutica, el terapeuta aplica mucha empatía con el objetivo de crear un espacio de confianza para la expresión y libre de juicios, así como realmente conectarse con el sentir del paciente. Especialmente se hace mención de la autenticidad del terapeuta y el ser sincero sobre lo que piensa/siente, que finalmente funciona como un modelo para el paciente sobre cómo relacionarse con los demás. Asimismo, se plantean varias</p>

	<p>lugar, debe darse espacios en los que se enfoque en él mismo, en ámbitos de su vida significativos que generen mayor bienestar, con el objetivo de que no se genere un estrés prolongado y pueda encontrarse más disponible para su paciente.</p>		<p>habilidades para bajar el malestar en sesión y realmente conectar con el paciente, como por ejemplo el exponerse a lo que el paciente me hace sentir o pensar, o el aplicar estrategias y herramientas para mantener la atención plena en lo que pasa en sesión. Además, a partir de la experiencia y el autoconocimiento, el terapeuta gana mayor soltura en la intervención, flexibilidad para adaptar su terapia y logra identificar cuál es su estilo de abordaje.</p>
		<p><b>La constante formación del terapeuta</b></p>	<p>Es importante que el terapeuta tenga una formación integral, que conozca las bases del comportamiento humano así como todo lo que está asociado a la salud mental y el abordaje en distintos casos. Por ello, el profesional debe actualizarse de manera frecuente, leer, investigar, aplicar, etc.; tener un repertorio de técnicas y estrategias que flexibilicen el abordaje, así como supervisarse constantemente. También se recomienda poner en práctica sus habilidades, en especial su capacidad de análisis, en distintos contextos y con una variedad de consultantes. Asimismo es necesario que el terapeuta haya realizado algún curso o formación en abordaje con pacientes TLP; existen terapias con mayor evidencia sobre su efectividad en el manejo de este trastorno, especialmente en lo que</p>

			respecta al manejo de crisis y desregulación emocional.
		<b>Autocuidado del terapeuta</b>	El terapeuta presenta un conjunto de habilidades y herramientas que le permiten cuidar su bienestar, ya que indudablemente, el trabajo con los pacientes TLP puede ser muy complejo y agotador. Asimismo, puede recibir soporte por parte de otros colegas, de un equipo o de un terapeuta propio. Más allá de ser terapeuta, es una persona que también siente y se cansa, que tiene otros intereses y ámbitos de la vida que quiere preservar. Debe ser sincero consigo mismo de hasta dónde puede llegar y aceptar que la intervención no siempre se dará como quiere porque hay muchas variables involucradas
<b>El propósito de la terapia</b>	Las bases filosóficas y teóricas del terapeuta forman una perspectiva sobre lo que supone cada diagnóstico, la conducta humana, el problema de la persona, los objetivos a los cuáles se quiere alcanzar, su aspiración y su rol como terapeuta, la esperanza en el paciente y la confianza del éxito terapéutico. Todo ello, guía la manera como interviene y los componentes que considera relevantes establecer en la terapia para lograr el éxito. Es más, también influye en la manera como se percibe el sufrimiento de la persona y	<b>La singularidad de cada caso</b>	La sociedad concibe el trastorno TLP como uno de los diagnósticos más complejos, por lo que se ha generado un miedo y rechazo frente al trabajo con estos pacientes. Sin embargo, es importante no considerar el diagnóstico como un determinante ya que no en todos los casos se van a presentar los mismos criterios. Se debe tener en cuenta que cada paciente es totalmente singular, con historias y estrategias de afrontamiento distintas. El terapeuta debe mostrarse curioso y muy reflexivo sobre los patrones de conducta aprendidos que dan sentido al comportamiento actual del paciente con el

	<p>la capacidad para generar cambios en su vida. Todo lo mencionado varía en cada terapeuta, tomando en cuenta la formación, la experiencia y su propio estilo de intervención.</p>		<p>objetivo de comprender realmente la complejidad de la problemática. Al entender ello, la actitud frente a su proceso demuestra una mayor comprensión por la lucha constante con sus pensamientos y emociones tan reforzados por el contexto. Asimismo, esto se encuentra relacionado con la base, enfoque o filosofía a la cuál se ciñe el terapeuta, ya que esta ofrece una perspectiva sobre los componentes que conforman el problema y de qué manera se puede abordar.</p>
		<p><b>Generar un cambio en la vida del paciente</b></p>	<p>Se espera que el paciente, gracias a la terapia, adquiera un aprendizaje, una mejora o un cambio en su vida, el cumplimiento de objetivos planteados. Para que ello se dé, el terapeuta debe generar conciencia sobre el problema, así como ofrecer habilidades para manejar el malestar y conducir a conductas dirigidas al cambio. Es importante que el terapeuta realice un moldeamiento de conductas adaptativas en sesión, refuerzos y castigos, para que el paciente pueda replicarlo fuera de sesión. Asimismo, el paciente debe comprender el rol en su propio cambio, buscando una retroalimentación constante.</p>

# subsanción

---

## INFORME DE ORIGINALIDAD

---

2%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

---

## FUENTES PRIMARIAS

---

1

[hdl.handle.net](http://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

<1%

2

[fr.slideshare.net](http://fr.slideshare.net)

Fuente de Internet

<1%

3

Submitted to Universidad de Lima

Trabajo del estudiante

<1%

4

Submitted to Universidad Manuela Beltrán  
Virtual

Trabajo del estudiante

<1%

5

[doku.pub](http://doku.pub)

Fuente de Internet

<1%

6

[repositorio.ulima.edu.pe](http://repositorio.ulima.edu.pe)

Fuente de Internet

<1%

7

[repositorio.uchile.cl](http://repositorio.uchile.cl)

Fuente de Internet

<1%

8

[www.mlsjournals.com](http://www.mlsjournals.com)

Fuente de Internet

<1%

9

[repositorio.usanpedro.edu.pe](http://repositorio.usanpedro.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

10

"Trayectorias de la alianza entre cuidadores y psicoterapeutas de niños/as en tratamiento por abuso sexual infantil, según sus patrones de apego y sus experiencias traumáticas infantiles", Pontificia Universidad Católica de Chile, 2023

Publicación

<1 %

11

[www.daypo.com](http://www.daypo.com)

Fuente de Internet

<1 %

12

[www.npunto.es](http://www.npunto.es)

Fuente de Internet

<1 %

13

[www.infocop.es](http://www.infocop.es)

Fuente de Internet

<1 %

14

[repositorioacademico.upc.edu.pe](http://repositorioacademico.upc.edu.pe)

Fuente de Internet

<1 %

15

[www.jove.com](http://www.jove.com)

Fuente de Internet

<1 %

16

[riucv.ucv.es](http://riucv.ucv.es)

Fuente de Internet

<1 %

17

[www.aemind.es](http://www.aemind.es)

Fuente de Internet

<1 %

18

[www.jourlib.org](http://www.jourlib.org)

Fuente de Internet

<1 %

19	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	<1 %
20	<a href="http://doi.org">doi.org</a> Fuente de Internet	<1 %
21	<a href="http://dspace.unach.edu.ec">dspace.unach.edu.ec</a> Fuente de Internet	<1 %
22	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad Adolfo Ibáñez Trabajo del estudiante	<1 %
24	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo